



Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen

Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab?

Hintergrund und Fragestellung

Die Versorgungsepidemiologie untersucht den Einfluss von Versorgungsleistungen auf die Gesundheit der Bevölkerung sowie Determinanten individueller Versorgungsbedarfe und -erfolge. Nimmt diese Disziplin psychische Störungen zu ihrem Forschungsgegenstand, so steht sie vor einem Paradox. Wissenschaftler aus Australien, Kanada, England und den USA stellen die Frage: „Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders?“ [1] und betrachten die zeitliche Entwicklung der Häufigkeit psychischer Störungen und ihrer Versorgung. Sie kommen zu einem zunächst unerwarteten Befund: Während das Angebot von Behandlungsleistungen erheblich ausgebaut und auch häufiger genutzt wird, kann über die Jahre dennoch kein Absinken der Prävalenzen von psychischen Störungen und ihren Symptomen verzeichnet werden.

In Deutschland werden wissenschaftlicher und öffentlicher Diskurs bislang von der Debatte um eine mögliche Zunahme psychischer Störungen dominiert, die u. a. als „Zeitkrankheiten“

unserer Gegenwartsgesellschaft interpretiert werden. Versorgungsepidemiologische Überblicksarbeiten resümieren die bemerkenswerte Häufigkeit und hohe Krankheitslast psychischer Störungen und adressieren Probleme und Kosten einer berufsgruppen-, sektoren- und kostenträgerübergreifenden Versorgung [2–6]. In Ergänzung dessen wird im vorliegenden Beitrag gefragt, inwiefern und warum die Prävalenzen psychischer Störungen auch in Deutschland angesichts beträchtlicher Investitionen in ihre Versorgung nicht sinken. Relevante nationale Daten werden präsentiert und drei Erklärungsansätze diskutiert, die sich in ihren Prämissen und Implikationen wesentlich unterscheiden [7]. Auch wenn im Folgenden die gesundheitliche Lage bei Erwachsenen im Fokus steht, da die Datenlage für diese Altersgruppe umfangreicher ist, kann angenommen werden, dass die zugrunde liegende Argumentation im Allgemeinen auch für Kinder und Jugendliche gültig ist.

Stabile Prävalenzen trotz wachsender Versorgungsangebote

In Deutschland kann in repräsentativen epidemiologischen Feldstudien kein Absinken der Häufigkeit psychischer Störungen nachgewiesen werden. Erfasst wurden diese in Zusatzmodulen zur psychischen Gesundheit im Bundesgesundheitssurvey 1998 (BGS98, Erhebungszeitraum 1997–1999) und später in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-

MH, Erhebungszeitraum 2009–2012) mittels eines standardisierten klinischen Interviews (Composite International Diagnostic Interview, CIDI). So wurden auch Personen ermittelt, die zwar die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen, aber keine ärztliche Diagnose oder Behandlung dieser erhalten haben (unentdeckte bzw. unbehandelte Morbidität). Die geschätzte 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen betrug für die erwachsene Bevölkerung (18–65 Jahre) im BGS98 31,1 % (95 %-KI: 26,7–32,6) und in DEGS1-MH 29,9 % (95 %-KI: 28,3–31,7) – sie blieb also im Wesentlichen gleich. Auch auf Ebene der quantitativ versorgungsrelevantesten Störungsgruppen, die in der ICD-10 unter F3 und F4 subsumiert sind, finden sich bei einem ersten groben Vergleich der Daten keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Zeiträumen (**Abb. 1a**; [8]; detaillierte Auswertungen zu Depression vgl. [9]). Dieser Befund stimmt mit internationalen Studienergebnissen überein, wie systematische Reviews auf Basis von etwa 80 Originalarbeiten bilanzieren [10, 11]. Die Datenlage ist allerdings als heterogen zu bezeichnen, wobei mehrheitlich unveränderte Prävalenzen berichtet werden. Auch eine Metaanalyse findet für Depressionen und Angststörungen weltweit stabile Häufigkeiten von 1990 bis 2010 [12].

Bemerkenswerterweise lässt sich zugleich seit den 1990er-Jahren ein erheblicher Ausbau des Versorgungssystems in Deutschland beobachten. Valide Ver-

Dieser hier verfolgte Argumentation wurde erstmals in folgender Arbeit entwickelt: Handerer J^{*}, Thom J^{*}, Jacobi F (2018) Die vermeintliche Zunahme der Depression auf dem Prüfstand. Epistemologische Prämissen, epidemiologische Daten, transdisziplinäre Implikationen. Berlin: Suhrkamp. In: Fuchs T, Iwer L, Micali S (Hrsg) Das überforderte Selbst, S. 159–209. [^{*}Geteilte Erstautorenschaft]

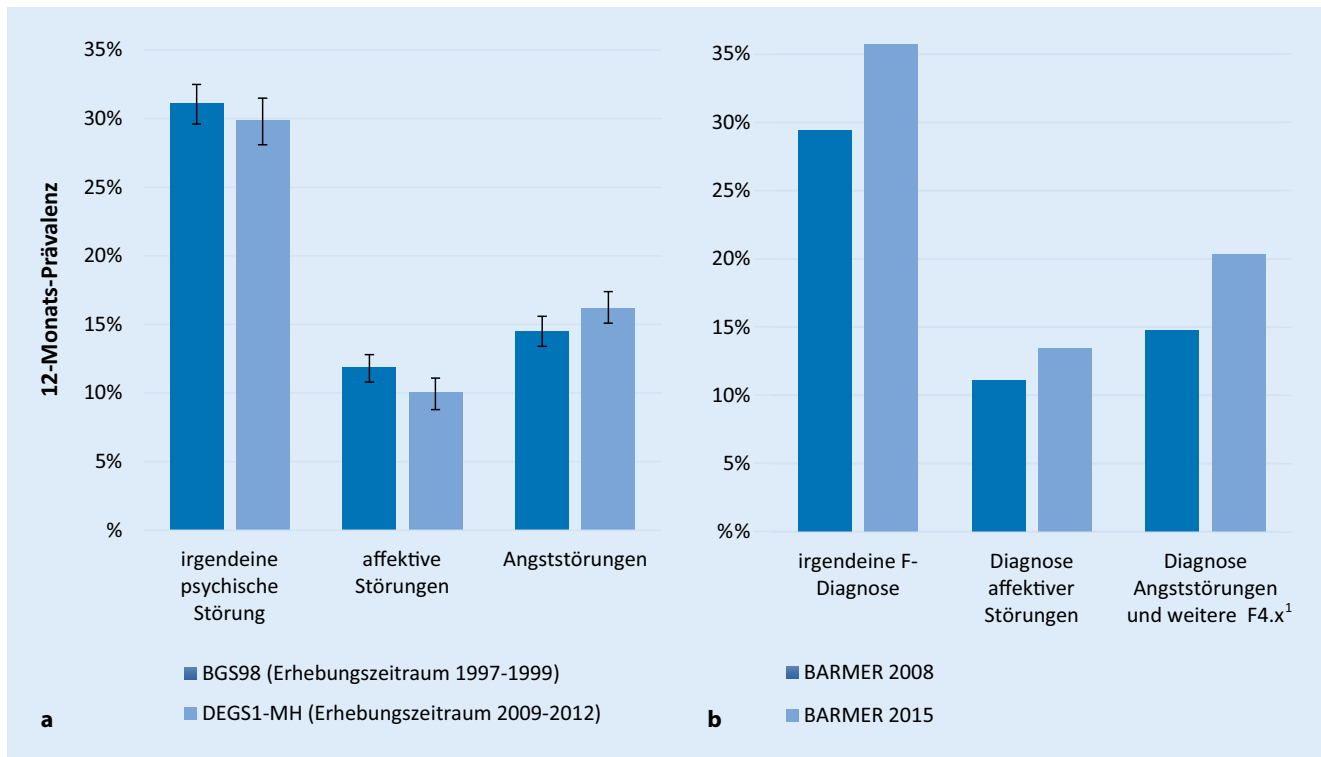


Abb. 1 ▲ Zeitliche Entwicklung der Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland. **a** Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung (BGS98 und DEGS1-MH, Altersbereich 18–65 Jahre; mit 95 %-Konfidenzintervallen; eigene Abbildung basierend auf [8]). **b** Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz der dokumentierten Diagnosen psychischer Störungen am Beispiel der Versicherten der Krankenkasse BARMER (eigene Abbildung basierend auf [21, 22]).
¹Diagnosen des gesamten ICD-Abschnitts F4

gleichsdaten dokumentieren bedeutsame Zuwächse bei mehreren Indikatoren der Versorgungskapazitäten (Abb. 2a, b). Sowohl die durchschnittliche Anzahl psychiatrischer und psychosomatischer Betten [13] als auch die Fallzahl vollstationär behandelter Patienten mit Hauptdiagnose aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen [14] ist allein in den letzten 10 Jahren um je 13 % gestiegen. Dieser Trend geht zusätzlich mit einer Verkürzung der durchschnittlichen Liegezeit einher [15]. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich die Anzahl verordneter Tagesdosen gängiger Psychopharmaka (Neuroleptika, Tranquillantien und Antidepressiva) um ca. 50 % [16]. Unter den ambulant Behandelnden gab es zwischen 2008 und 2017 erhebliche Zunahmen der Psychologischen Psychotherapeuten (+58 %, inkl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), Ärztlichen Psychotherapeuten (+24 %, inkl. Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie) und der Kinder- und Jugendpsychiater (+34 %), wobei die-

ser Zuwachs teilweise – wie bei allen Arztgruppen – durch einen Trend zur Teilzeittätigkeit relativiert wird [17]. Die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte (inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) unterlag währenddessen nur geringen Schwankungen [17].

Neben dem Ausbau bestehender Versorgungsstrukturen sind die vergangenen zwei Jahrzehnte durch eine Vielzahl an Reformen und gesundheitspolitischen Anstrengungen geprägt. Dazu zählen z. B. das Präventionsgesetz (PrävG; 2015), die Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung nach Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG; 2015), Selektivverträge nach § 140a SGB V (Neuregelungen im Zuge des Versorgungsstärkungsgesetzes GKV-VSG; 2015) und Modellvorhaben nach § 64b SGB V (seit 2013), die Förderung der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle im Rahmen des Innovationsfonds (seit 2016), das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische

Leistungen (PsychVVG; 2017), die Novelle der Psychotherapierichtlinie (2017), die gegenwärtige Entwicklung eines Disease-Management-Programmes für Depressionen [18], die Nutzenbewertung eines verbindlichen Screenings auf Depression im Rahmen der hausärztlichen Versorgung [19] sowie Innovationen im Bereich E-Mental-Health. Das Mitte 2018 vorgelegte Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [20] kommt zu dem Schluss, dass auch in Zukunft ein weiterer Ausbau nötig sein wird, da einige Ansprüche der Psychiatrie von 1975 hinsichtlich der geforderten Lebensweltorientierung und gemeindepsychiatrischen Ausrichtung nach wie vor nur unvollständig eingelöst sind, darunter z. B. die angestrebte „Ambulantisierung der Psychiatrie im Sinne eines wirklich umfassenden ambulanten Versorgungsangebots verschiedener Intensitätsstufen“ [20, S. 686].

Mit der Erweiterung der Behandlungskapazitäten geht eine wachsende

J. Thom · J. Bretschneider · N. Kraus · J. Handerer · F. Jacobi

Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen. Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab?

Zusammenfassung

In Deutschland haben der deutliche Ausbau und die häufigere Nutzung von Versorgungsangeboten in den letzten Dekaden nicht zu sinkenden Prävalenzen psychischer Störungen geführt.

Zur Deutung dieses Phänomens werden drei Erklärungsansätze diskutiert: 1) Prävention und Versorgung sind mangelhaft und ineffektiv, 2) eine durch zunehmende gesellschaftliche Risiken wachsende Morbidität wirkt Versorgungserfolgen entgegen oder 3) ein psychologischer Kulturwandel bedingt sowohl die häufigere Wahrnehmung als auch Behandlung psychischer Symptome und Störungen. Zur Bewertung dieser theoretischen Erklärungsmodelle werden Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys und Versorgungsforschung in Deutschland sowie

die international geführte Debatte präsentiert und diskutiert.

Für alle drei Erklärungsmodelle lassen sich Belege finden: 1) Probleme bei der Implementierung von Präventionsmaßnahmen, beim Zugang zu Behandlungsangeboten und bei deren Qualität sind dokumentiert, 2) Einflüsse der vielgestaltigen Entwicklung von gesellschaftlichen und kulturellen Risikofaktoren auf Häufigkeit und Folgeschwere psychischer Störungen können nicht ausgeschlossen werden und 3) die auch hierzulande steigende Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung hinsichtlich psychischer Störungen legt nahe, dass (Lebens-)Probleme heute häufiger psychologisch interpretiert und behandelt werden.

Zur Bewertung von Veränderungen in der Versorgungslandschaft und ihren Auswirkungen sollten neben Prävalenzen psychischer Störungen auch Inzidenzen (und deren potenzielle Verringerung durch Präventionsmaßnahmen) sowie Indikatoren des Behandlungsbedarfes (wie z. B. Funktionseinschränkungen) und der Mortalität (wie z. B. Suizide und verkürzte Lebenserwartung) berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

Prävalenz psychischer Störungen · Versorgung und Prävention psychischer Störungen · Behandlungsbedarf · Gesellschaftliche Risikofaktoren · Gesundheitskompetenz

Healthcare epidemiology of mental disorders. Why is the prevalence not declining despite growing provision of care?

Abstract

In Germany, the significant increase of healthcare provision and service use in recent decades has not resulted in a decreasing prevalence of mental disorders.

Three explanations for this phenomenon are considered: 1) prevention and the healthcare system are insufficient and ineffective, 2) the success of the healthcare service is masked by growing morbidity due to increasing societal risks, and 3) a fundamental shift towards a psychological culture accounts for an increasing perception and treatment of mental disorders and their symptoms at the same time. In order to review these three theoretical approaches, results from

population-based health surveys and healthcare research in Germany as well as the international debate are presented and discussed.

The present results provide evidence for each of the three explanations: 1) problems with implementation of preventive actions and access to healthcare services are well documented, 2) influences of the multifaceted development of risk factors on the prevalence and disease burden of mental disorders cannot be ruled out, and 3) a growing mental health literacy implies that problems (in everyday life) are currently more often interpreted and treated psychologically.

For the purpose of evaluating changes in the healthcare system, not only should the prevalence of mental disorders be considered, but also incidence (and their potential reduction by preventive measures) as well as indicators of need for treatment (i. e. functional impairment) and mortality (i. e. suicides and reduced life expectancy).

Keywords

Prevalence of mental disorders · Healthcare and prevention of mental disorders · Need for treatment · Societal risk factors · Mental health literacy

Bedeutung psychischer Störungen im Versorgungsgeschehen einher. Krankenkassen, wie z. B. die BARMER, verzeichnen einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils an Versicherten mit einer F-Diagnose. Im Jahr 2008 erreichten die 12-Monats-Prävalenzen 29,4% [21], im Jahr 2016 bereits 36,3% ([22]; **Abb. 1b**). Gleichmaßen begründen Diagnosen psychischer Störungen häufiger krankheitsbedingte Fehlzeiten. 1997 waren 6,4% aller Arbeitsunfähigkeitstage (AU-

Tage) der DAK-Versicherten auf Diagnosen von psychischen und Verhaltensstörungen zurückzuführen, bis 2015 hat sich ihr Anteil mit 15,4% [23] mehr als verdoppelt (**Abb. 3a**). Während die Gesamtzahl der AU-Tage in den letzten 20 Jahren bei einigen Schwankungen weitgehend konstant geblieben ist, ist die Zunahme bei den durch F-Diagnosen begründeten AU-Tagen auf 218% als erheblich zu bewerten. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich auch bei den

Berentungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit beobachten (**Abb. 3b**). Obwohl seit den 1990er-Jahren insgesamt ein Rückgang beobachtbar ist, stieg zugleich sowohl die Zahl der Berentungen aufgrund von psychischen Störungen als auch deren Anteil an der Gesamtzahl aller Erwerbsminderungsrenten, Letzterer sogar stark von 15,3% im Jahr 1993 auf 42,6% im Jahr 2015 [24]. Die Entwicklungen bei den Fehlzeiten und Berentungen implizieren somit

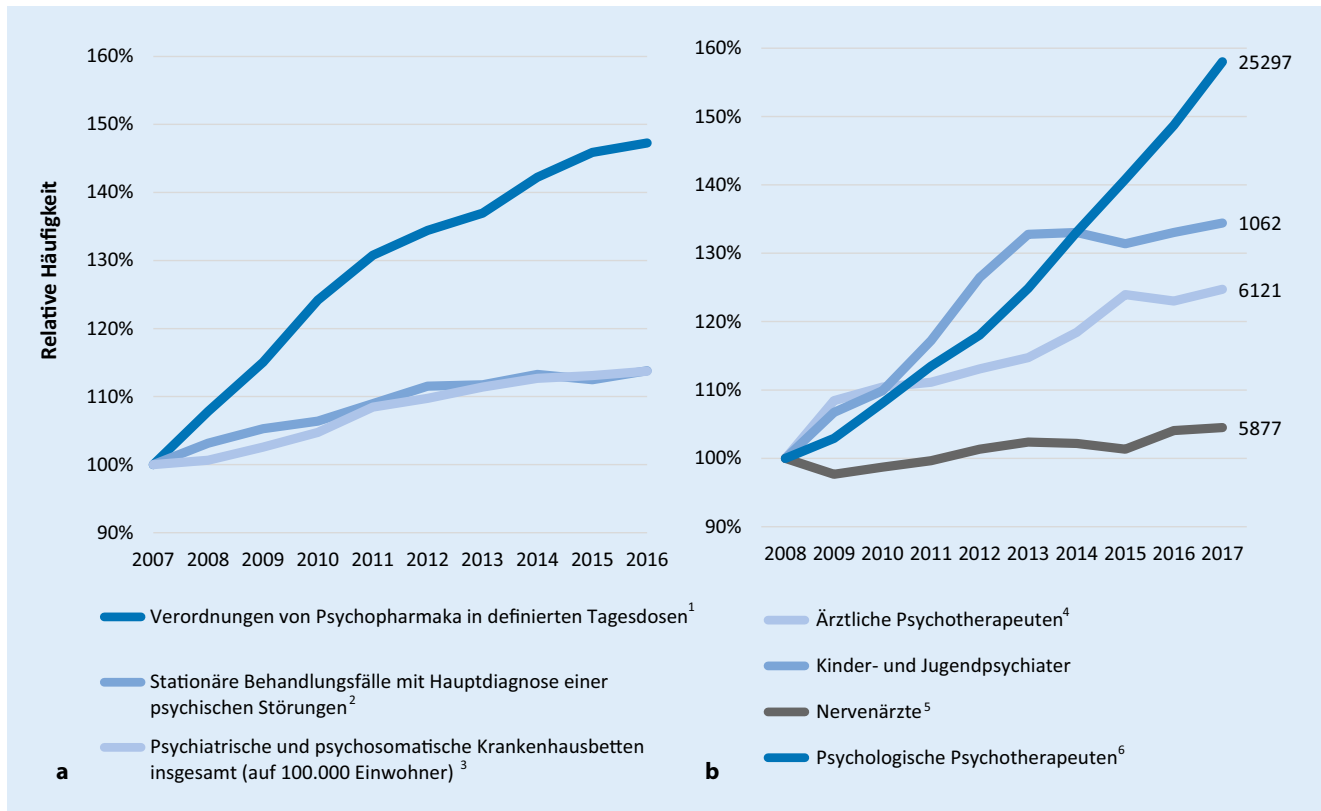


Abb. 2 ▲ Zeitliche Entwicklung der Versorgungsangebote in Deutschland für Menschen mit psychischen Störungen. **a** Relative Entwicklung verschiedener Indikatoren zwischen 2007 (Bezugsjahr = 100 %) und 2016 (eigene Abbildung). ¹Anzahl verordneter definierter Tagesdosen von Neuroleptika, Tranquillantien und Antidepressiva zusammengefasst [16]. ²Fallzahl vollstationär behandelter Patienten mit Hauptdiagnose aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen [14]. ³Anzahl psychiatrischer und psychosomatischer Betten insgesamt (je 100.000 Einwohner; [13]). **b** Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017 (eigene Abbildung basierend auf [93]). Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäß Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

einen deutlichen Anstieg der indirekten Kosten psychischer Störungen für die Volkswirtschaft. Auch für deren direkte Krankheitskosten, die vorrangig durch Therapie und Rehabilitation im Gesundheitswesen anfallen, wird bereits in dem verhältnismäßig kurzen Vergleichszeitraum von 2002 bis 2008 ein Anstieg um 23,5 % auf insgesamt 30,3 Mrd. € geschätzt [25], womit diese Diagnosegruppe im Jahr 2015 bei den Frauen den Spitzenplatz der kostenträchtigsten Erkrankungen in Deutschland einnahm [26].

Theoretisch ist davon auszugehen, dass effektive Präventionsmaßnahmen und ein erfolgreiches Versorgungssystem ein Absinken von Erkrankungshäufigkeiten bedingen. Aus einer translationalen Public-Health-Perspektive beschreiben Symptomprogressionsmodelle die

Ätiologie psychischer Störungen als psychopathologische Eskalation vorübergehender initialer Symptome zu chronischen und komorbiden Manifestationen im zeitlichen Verlauf [27, 28] und finden in Längsschnittstudien auch aus Deutschland empirische Bestätigung [28]. Da der epidemiologische Kennwert der Prävalenz einer Störung (Häufigkeit zu einem gegebenen Zeitpunkt) durch die Inzidenz (Neuerkrankungsrate) und Erkrankungsdauer (Episodendauer und -häufigkeit) determiniert wird, werden entlang des ätiologischen Verlaufs verschiedene Mechanismen erkennbar, die in einem Rückgang der Prävalenz auf Bevölkerungsebene einen Niederschlag finden müssten. So sollte die Primärprävention psychischer Störungen in der gesunden Bevölkerung und die Sekundär- bzw. indizierte Prävention im

Sinne frühzeitiger Interventionen bei noch nicht voll ausgeprägten Störungsbildern in einer verminderten Inzidenz resultieren und so ihrerseits zur Prävalenzreduktion beitragen. Gleichmaßen sollten die Behandlung und Rehabilitation psychischer Störungen im Sinne der Tertiärprävention deren Dauer sowie Rezidive und Komorbidität reduzieren und auf diesem Wege die Prävalenzen senken. Unabhängig davon tragen Spontanremissionen und (Über-)Sterblichkeit zu einer Verringerung der Zahl prävalenter Fälle bei.

In Anbetracht der stabilen Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland scheinen die prävalenzreduzierenden Mechanismen jedoch nicht (messbar) zu greifen. In der Literatur finden sich verschiedene Interpretationen dieses Phänomens, die sich zu drei Erklärungs-

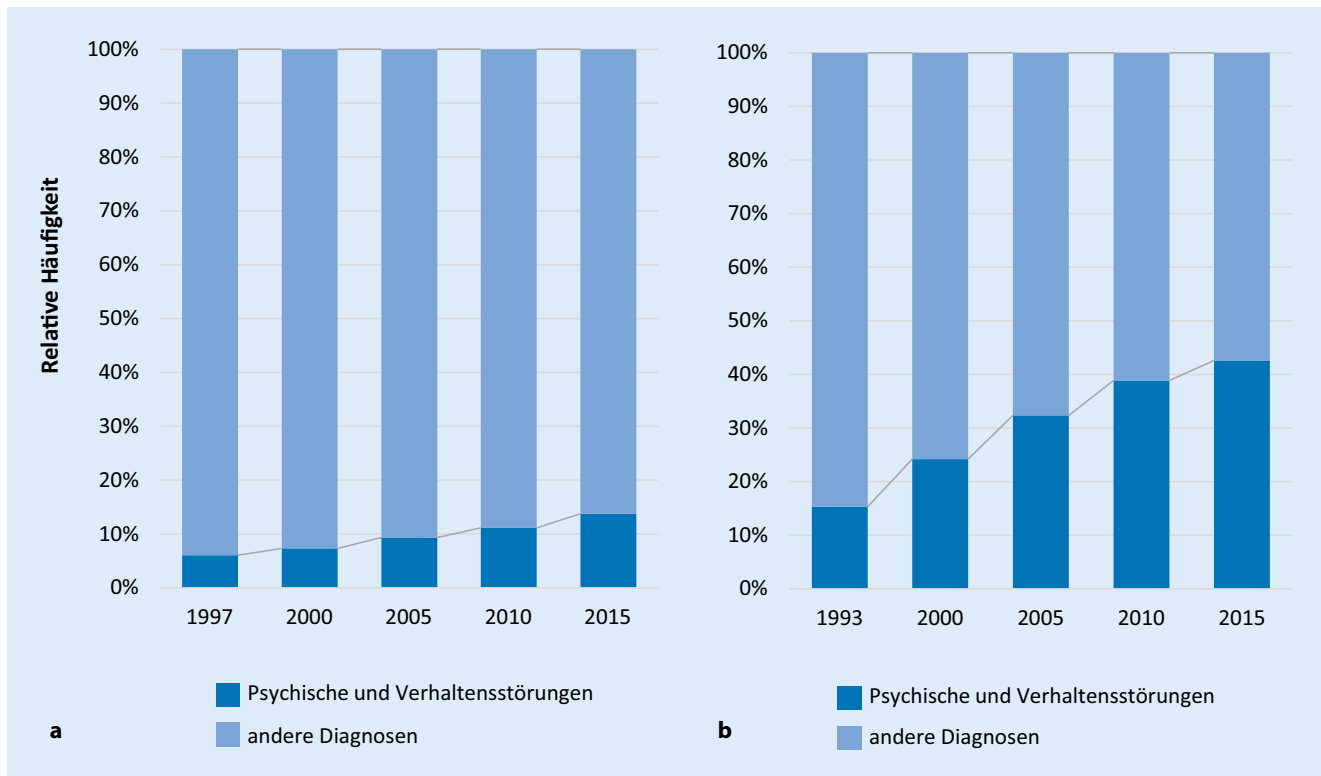


Abb. 3 ▲ Zeitliche Entwicklung von Fehlzeiten (a) und Erwerbsminderungsrenten (b) aufgrund von psychischen Störungen in Deutschland. **a** Relative Entwicklung des Anteils von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund der Diagnose von psychischen und Verhaltensstörungen am Beispiel der Gesamtzahl Versicherter bei der Krankenkasse DAK im Zeitraum 1997–2015 (eigene Abbildung basierend auf [23]). **b** Relative Entwicklung des Anteils der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund der Diagnose von psychischen und Verhaltensstörungen an der Gesamtzahl Versicherter bei der Deutschen Rentenversicherung Bund im Zeitraum 1993–2015 (eigene Abbildung basierend auf [24])

ansätzen zusammenfassen lassen [1, 7]. Diese unterscheiden sich grundlegend in ihren konzeptuellen Vorannahmen über das Wesen psychischer Störungen sowie den daraus abzuleitenden Implikationen.

Erklärung 1: Mangelhafte Prävention und Versorgung

Der erste Erklärungsansatz begründet die stagnierenden Prävalenzen psychischer Störungen trotz steigender Quantität an Maßnahmen mit einem harten Urteil über deren Steuerung und Qualität: Störungshäufigkeiten sinken in dieser Perspektive deshalb nicht, weil Prävention und Versorgung ineffektiv sind.

Präventionsmaßnahmen sind ausbaufähig

Die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen zur Verhütung psychischer Störungen ist empirisch gut belegt [29]. Auch

wenn häufig nur moderate oder kurzfristige Effekte nachgewiesen werden können [30], erweisen sich Programme als kosteneffektiv [31]. Da nur mit deren Hilfe eine Senkung von Inzidenzen psychischer Störungen erzielt werden kann, wird eine Priorisierung präventiver gegenüber kurativen Maßnahmen gefordert [32]. Dennoch mangelt es sowohl in Deutschland [33] als auch international an koordinierten Präventionsstrategien [1]. So wird zwar eine Vielzahl hochwertiger Programme bspw. in der Datenbank „Grüne Liste Prävention“ [34] dokumentiert, diese sind jedoch nicht routinemäßig in den Lebenswelten implementiert. Auch in der Regelversorgung spielt Prävention eine nachgeordnete Rolle [35], selbst wenn z. B. multidisziplinäre Früherkennungs- und Frühinterventionszentren auch in Deutschland gute Erfolge aufweisen können [36]. Als Fortschritt ist dagegen die Erweiterung der kinderärztlichen U-Untersuchungen

im 7. bis 10. Lebensjahr (U10, U11) seit 2006 zu bewerten, in denen die psychische Gesundheit bei Schulkindern fokussiert wird [37]. Im internationalen Vergleich besonders wenig etabliert sind in Deutschland Angebote zur Förderung psychischer Gesundheit, die bisher nur selektiv für z. B. berufliche Hochrisikogruppen (Polizei, Rettungsdienst, Feuerwehr) angeboten werden [38]. Es ist zu hoffen, dass sich mithilfe des Präventionsgesetzes (2015) hier langfristig Public-Health-Gewinne erzielen lassen.

Viele behandlungsbedürftige Personen kommen nicht in Kontakt mit dem Versorgungssystem

Auf die Fragen, ob sie aufgrund von psychischen Beschwerden jemals Hilfe in der ambulanten oder stationären Versorgung oder in komplementären Einrichtungen wie Beratungsstellen gesucht hätten, antworten in DEGS1-

MH (2009–2012) 57 % der Studienteilnehmenden mit CIDI-Diagnose einer psychischen Störung in den letzten 12 Monaten mit „Nein“ [39]. 12 Jahre zuvor, im BGS98 (1997–1999) waren dies noch 62 %, was einen leichten Trend zu einer verstärkten Hilfesuche sichtbar macht. Diese variiert jedoch deutlich zwischen den Störungsbildern und liegt bei möglichen psychotischen sowie Panikstörungen ca. dreimal so hoch wie bei Alkoholmissbrauch [40]. Außerdem vergehen nach dem erstmaligen Auftreten einer Störung meist viele Jahre bis zum ersten Kontakt zu einem spezialisierten Behandler, bei Angst- oder depressiven Störungen durchschnittlich 6–7 Jahre [40]. Eine solche Versorgungslücke („treatment gap“) entspricht internationalen Befunden [41].

Einschränkend auf die Hilfesuche wirkt sich eine geringe lokale Verfügbarkeit von spezialisierten Versorgern aus, die für viele Regionen in Deutschland besteht [42]. So ist die regionale Dichte ambulanter Nervenärzte und Psychotherapeuten bei Personen mit 12-Monats-Diagnose einer psychischen Störung positiv mit der Kontaktaufnahme zu diesen Behandlern korreliert [43]. Werden Patienten explizit danach befragt, beschreiben sie retrospektiv vielfältige Barrieren der Hilfesuche, darunter eine späte Diagnose- und Indikationsstellung, mangelnde Information über psychische Störungen und Behandlungsmöglichkeiten sowie das Fehlen von Krankheitsbewusstsein oder -einsicht [44], darunter auch die (Selbst-)Stigmatisierung psychischer Störungen [45].

Selbst wenn Patienten entsprechenden Kontakt hatten, bleiben psychische Störungen häufig unversorgt. So wird aufseiten der Behandelnden die Sensitivität und Spezifität in der hausärztlichen Diagnostik psychischer Störungen kritisch diskutiert. Im Ergebnis einer internationalen Metaanalyse werden am Beispiel von Depressionen nur 47 % der Fälle in der allgemeinmedizinischen Praxis korrekt erkannt [46], was sich in deutschen Studien bestätigt [47, 48]. Befragte Hausärzte begründen dies u. a. mit abweichenden Konzepten dessen, was eine Depression sei [49]. Dies trägt dazu bei, dass zwischen Depressionsdiagnosen

im Versorgungsgeschehen und jenen, die mittels standardisierter klinischer Diagnostik bspw. in Bevölkerungsstudien ermittelt werden, nur eine geringe Übereinstimmung besteht [50, 51].

Im Zusammenwirken dieser Faktoren ist es wahrscheinlich, dass nach wie vor eine große Anzahl von Personen trotz Behandlungsbedarfes ohne Zugang zu Versorgungsangeboten bleibt.

Versorgungsleistungen weisen Qualitätsmängel auf

Für die Fälle, bei denen ein Zugang zu Behandlungsangeboten gelingt, müssen jene von ausreichender Qualität sein, um sich schließlich in sinkenden Prävalenzen niederschlagen. Verschiedene Befunde stellen dies in Hinblick auf Effektivität und Effizienz der Versorgung psychischer Störungen infrage.

Eine geringe Einhaltung der nationalen Versorgungsleitlinie wird am Beispiel von Depressionen nachgewiesen. In Analysen von GKV-Daten konnte für die Hälfte aller behandlungsrelevanten Depressionsfälle entweder gar keine oder keine i. S. der Leitlinie ausreichend lange Behandlung nachgewiesen werden [52]. Eine Querschnittsstudie aus der Primärversorgung bestätigt dies für 60 % der Patienten mit Indikation einer Behandlung durch Antidepressiva und/oder Psychotherapie [53]. Hieran haben auch die genannten Unschärfen in der Diagnose- und Codierpraxis einen Anteil.

Im Behandlungsverlauf addieren sich zu diesen Schwierigkeiten in der Primärversorgung weitere Qualitätsverluste, die in dem zwar gut ausgebauten, aber zu wenig vernetzten deutschen Versorgungssystem durch eine mangelnde Kooperation über Sektoren-, Arzt- und Berufsgruppengrenzen hinweg entstehen (Überblick bei [20, 54]). Die Überweisungsrate aus der Primär- in die Sekundärversorgung ist gering: Nahezu drei Viertel aller Personen mit einer im Versorgungsalltag codierten F-Diagnose (d. h. psychische oder Verhaltensstörung im ICD-10) in der ambulanten Versorgung werden ausschließlich in Praxen für Allgemein- oder somatische Medizin behandelt und erfahren so keine fachärztliche Abklärung [55]. Unter den

ambulant behandelten schweren Depressionen verbleiben 38 % in der Hausarztpraxis [56]. Unter den stationären Patienten mit Hauptentlassungsdiagnose einer psychischen Störung wird ein erheblicher Teil in somatischen Abteilungen behandelt (32 % im Jahr 2001), meist mit nicht einmal halb so langer Verweildauer wie in der Psychiatrie [57].

Als besonders problematisch gestaltet sich der Übergang zwischen den Sektoren. Bei Patienten mit Depressionen zeigt sich, dass sich die Überweisung in die stationäre Versorgung erstaunlich wenig nach dem Schweregrad richtet, da sowohl bei leichten als auch schweren Depressionen ein vergleichbarer Anteil (66 % bzw. 64 %) ausschließlich im ambulanten Sektor behandelt wird [56]. Aus Sicht der Leistungserbringer wird dagegen besonders der Übergang aus teil-/stationärer Versorgung in den ambulanten Sektor als schwierig eingeschätzt, wie eine Befragung durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) ergab [20]. Die Koordination der verschiedenen Akteure im Versorgungsalltag wird von ca. der Hälfte der Befragten als „eher nicht gut“ bis „gar nicht gut“ eingeschätzt. 20–30 % der stationären Fälle werden als „ambulant-sensitiv“ bewertet, d. h. als durch eine verbesserte ambulante Versorgung vermeidbar [20]. Eine vergleichbare Studie nimmt dies sogar für 70 % der stationär versorgten Patienten mit Depressionen an [58].

Eine zentrale Ursache für diese Fälle sowie die Schnittstellenprobleme liegt in den mehrmonatigen Wartezeiten auf sowohl ambulante als auch geplante stationäre Behandlungen [20]. Auch nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie warten Patienten laut Bundespsychotherapeutenkammer im Schnitt 20 Wochen auf einen Behandlungsplatz bei psychologischen Psychotherapeuten [59].

Die Studienlage zur Evaluation sektorenübergreifender Versorgungsmodelle ist noch wenig belastbar, enthält aber bereits vielsprechende Hinweise darauf, dass eine Priorisierung der ambulanten Versorgung bessere gesundheitliche Outcomes sowie eine höhere Patientenzufriedenheit erzielen kann als die bisherige Regelversorgung [60]. Diese

Vorteile begründen sich auch in einer besseren Regelung der Kooperation der beteiligten Arzt- und Berufsgruppen. Diese wird von den Beteiligten bisher als wenig festen Routinen folgend beschrieben und vollzieht sich eher „intuitiv“, einzelfallbezogen und spontan, wobei jedoch die Patienten kaum bei der Wahl der geeigneten Hilfesysteme mitbeteiligt sind [61]. Werden Patienten nach der Ansprechbarkeit und Reagibilität (engl.: „responsiveness“) der psychiatrisch-psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung befragt, zeigt sich, dass vor allem deren legitime Erwartungen an eine unmittelbare Verfügbarkeit des Systems und an die Wahrung ihrer Autonomie enttäuscht werden, insbesondere in Bezug auf Partizipation im Behandlungsprozess [62]. In diesem Zusammenhang muss allerdings ebenso berücksichtigt werden, dass Patienten selbst nicht immer behandlungsbereit sind. Dies zeigt sich u. a. in internationalen Studien zur Compliance in der Psychopharmakotherapie [63] mit sich wandelnden Präferenzen, bspw. zugunsten psychotherapeutischer Behandlung [45].

Diese Befunde machen wesentliche Optimierungspotenziale in der Versorgung psychischer Störungen deutlich. Dennoch betreffen Über-, Unter- und Fehlversorgung keineswegs alle Patienten. Somit ist es schwer vorstellbar, dass die erhebliche Ausweitung des Versorgungsangebotes ohne jeden Effekt auf die Häufigkeit psychischer Störungen geblieben ist. Hinweise darauf finden sich, wenn anstelle der Morbidität psychischer Störungen deren Mortalität in den Blick genommen wird. So ist eine eindeutig positive Entwicklung bei den Suizidraten in Deutschland zu verzeichnen. Wie eine vertiefende Analyse der Todesursachenstatistik zeigt, hat sich die Zahl der Todesfälle durch Suizid zwischen 1980 und 2006 in einem kontinuierlichen Abwärtstrend mehr als halbiert (-55,7%; [64]). Da schwere psychische Störungen zu den zentralen Prädispositionen für vollendete Suizide zählen, könnte man aus der verminderten Sterblichkeit auf Erfolge in deren Behandlung schließen. Ein solcher Effekt einer höheren Überlebensrate könnte sich langfristig

in steigenden Prävalenzen v. a. schwerer bzw. chronischer psychischer Störungen niederschlagen, was in diesem Begründungszusammenhang auf den zweiten Blick ein günstiges Ergebnis wäre. Betrachtet man darüber hinaus die Übersterblichkeit von Menschen mit psychischen Störungen aufgrund von komorbiden somatischen Erkrankungen [65], wäre bei verbesserter somatischer Behandlung aufgrund gewonnener Lebensjahre gleichermaßen mit schließlich höheren Prävalenzen psychischer Störungen zu rechnen.

Obwohl zwar Mängel in der Versorgung psychischer Störungen evident sind, kann aus diesen weder unmittelbar noch widerspruchsfrei auf die Prävalenzentwicklungen geschlossen werden, weshalb im Folgenden zwei weitere Erklärungsansätze in Betracht gezogen werden sollen.

Erklärung 2: Wachsende Morbidität

Der zweite Erklärungsansatz geht im Gegenteil von einer wirksamen Versorgung aus. Allerdings bleiben Prävalenzraten theoretisch auch dann unverändert, wenn die Erfolge einer tatsächlich effektiven Versorgung maskiert werden durch eine gegenläufige Zunahme der Morbidität. Mit dieser ist auf Bevölkerungsebene zu rechnen, wenn sich die Quantität oder Qualität von Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit für einen bedeutsamen Teil der Population nachteilig entwickeln. Somit wäre der Ausbau von Versorgungsangeboten durch einen tatsächlich wachsenden Bedarf gerechtfertigt.

Ein solches Denkmodell ist vor allem aus kulturpessimistischen Gegenwartsdiagnosen bekannt, in denen die Grenzen zwischen Psycho- und Gesellschaftsanalyse verschwimmen. Psychische Störungen erscheinen als „Kultur- oder Zeitkrankheiten“ infolge eines pathogenen gesellschaftlichen – häufig insbesondere ökonomischen – Wandels. Dieser hindert den Menschen im Sinne der Entfremdung daran, sich gemäß seiner natürlichen Anlagen zu entfalten, und mache somit krank [65, 66]. Als solches werden Entwicklungen des Werteverfalls betrachtet, wie z. B. eine fortschreiten-

de Individualisierung, sich ausbreitende Selbstbezogenheit, das Verschwinden des öffentlichen Lebens, in jüngeren Arbeiten auch eine um sich greifende Beschleunigung [67] und Selbstausbeutung [68]. In manchen sozialwissenschaftlichen Modellen wird die gewohnte Zählweise der Epidemiologie dadurch gar auf den Kopf gestellt: „Krank“ sind die vielen, die sich an die Gesellschaft anpassen, und „gesund“ die wenigen, die an ihr leiden und in ihr als „verrückt“ gelten [69].

Doch auch die klassische epidemiologische Forschung kommt ohne vordergründiges gesellschaftskritisches Motiv zu vergleichbaren Hypothesen. In Erklärungsnot angesichts ausbleibender Auswirkungen von Investitionen in die Versorgung psychischer Störungen vermuten beispielsweise Mulder et al.: „Despite access to costly biomedical treatment, something central to recovery appears to be missing in the social fabric of developed countries. It seems likely that factors such as income inequality, discrimination, prejudice, unemployment and strongly materialistic and competitive values may contribute to increased mental stress“ [70]. Auf der Suche nach Ursachen wachsender Morbidität betrachten Jorm et al. [1] in der eingangs zitierten Arbeit dagegen auch kollektive kritische Lebensereignisse wie das Auftreten von Naturkatastrophen, Wirtschaftskrisen, terroristische Angriffe oder politische Konflikte.

Bei dem Versuch, derartige Modelle für die Prävalenzentwicklung psychischer Störungen in Deutschland zu prüfen, wird jedoch dessen wissenschaftliche Schwäche deutlich: Weder wird die Auswahl der vermeintlich pathogenen gesellschaftlichen Entwicklungen und Ereignisse nachvollziehbar erläutert noch fundiert erklärt, wie genau und in welchem Umfang sich etwa Werteverfall oder politische Krisen auf psychische Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung auswirken mögen [71]. Auch wenn die Annahme einer belastenden Wirkung nicht einer Common-Sense-Logik entbehrt, ist sie jedoch nicht tragfähig genug, um damit einen mutmaßlichen Anstieg der psychischen Morbidität zu begründen.

Schlüssiger zu beantworten ist dagegen die Frage, wie sich empirisch

gut abgesicherte Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit in Deutschland in den vergangenen Jahren entwickelt haben. So liegt die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen mit 36,7% bei Menschen im jungen Erwachsenenalter (18–34 Jahre) deutlich höher als in der Altersgruppe 65–79 Jahre (20,3%; [72]) und auch im letzten Lebensabschnitt (75+) sind die Prävalenzen internationalen Befunden nach erhöht (z. B. [73]). Ein vergleichbares Gefälle besteht zwischen dem Fünftel der Bevölkerung mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status (37,9%) gegenüber dem Fünftel mit dem höchsten Einkommen sowie Bildungs- und Berufsstatus (22,0%; [72]). Für eine Vielzahl einzelner Störungsbilder wurden darüber hinaus erhöhte Risiken nachgewiesen für Personen ohne Partnerschaft, Bevölkerung in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern sowie somatisch erkrankte und erwerbslose Menschen [72, 74].

Sofern sich diese Risiken verbreiten, wäre auch mit einer Ausweitung psychischer Morbidität zu rechnen. Eine fundierte und umfassende Bewertung des sozialen Wandels in Deutschland übersteigt den Rahmen dieser Arbeit – anhand von Beispielen möglicher Indikatoren wird jedoch bereits deutlich, dass sich auch hier ein gemischtes Bild zeichnen lässt. So hat sich der Bildungsstand der Bevölkerung nach der Jahrtausendwende deutlich verbessert [75] und die Zahl der erwerbslosen Personen hat sich nach Schwankungen mit Höhepunkten in den Jahren 1997 und 2005 mehr als halbiert [76]. Zugleich ist die Armutsquote von 1992 bis 2014 stetig von 10,3% auf 13,9% gestiegen. Auch die Zahl alleinstehender Menschen ist von 2004 bis 2014 um 16,3% angewachsen [76].

Wenn sich aus den so beschriebenen gesellschaftlichen Entwicklungen keine eindeutigen Anhaltspunkte für eine steigende psychische Morbidität ableiten lassen, kann dies allerdings auch an der Beschränkung auf etablierte und in Bevölkerungsstudien gut messbare Risikofaktoren liegen. Um eine Evidenzbasis zu schaffen, mit der aktuelle bzw. neue Determinanten psychischer Gesundheit abbildbar sind, müssen neue potenzielle Risiken, wie bspw. Fluchterfahrungen

oder Folgen der Digitalisierung der Lebenswelt, Eingang in die epidemiologische Forschung finden. Gleichmaßen müssen aber auch neue Schutzfaktoren psychischer Gesundheit mitgedacht werden, die angesichts möglicher wachsender Risiken als Puffer und Ressourcen von Resilienz einen erheblichen Einfluss auf resultierende Prävalenzen haben können und nicht im Zuge einer Verklärung der Vergangenheit und katastrophisierender Gegenwarts kritik außer Acht gelassen werden sollten [12, 77].

Schließlich muss hinterfragt werden, ob Prävalenzen psychischer Störungen überhaupt der richtige Indikator sind, um die Versorgungsexpansion zu evaluieren. Diese sollte sich vorrangig nach der Entwicklung des Behandlungsbedarfes der Bevölkerung richten. Auch wenn der Begriff kontrovers diskutiert wird, gilt sowohl für alle Erkrankungen im Allgemeinen [78] als auch für psychische Störungen im Speziellen [79], dass Behandlungsbedarf nicht mit dem bloßen Vorliegen von Symptom-, Ein- und Ausschlusskriterien im Sinne der ICD-Kriterien identisch ist. Ausschlaggebend sind vielmehr das Maß funktioneller Beeinträchtigung durch die Störung, d. h. Einschränkungen bei der Durchführung täglicher Aktivitäten und sozialer Teilhabe [80], sowie die Prognose eines aktuellen Querschnittsbefunds hinsichtlich Symptomprogression, Entwicklung von Komorbiditäten und Chronifizierung. Die Frage, welchen Einfluss gesellschaftlicher Wandel auf diese hat, ist eine andere als die oben gestellte. So ist denkbar, dass z. B. die heutige Arbeitswelt mehr als früher eine stabile psychische Gesundheit voraussetzt, da in der Informations- und Dienstleistungsgesellschaft anstelle von handwerklichen oder körperlichen Fähigkeiten vermehrt Soft Skills, Emotionsarbeit, Teamfähigkeit, Multitasking oder lebenslanges Lernen gefordert werden. Folglich schränken psychische Störungen die berufliche Funktionsfähigkeit in stärkerem Maße ein [81] und es bleiben weniger Nischen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Entsprechend steigen deren Risiken für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Selbst wenn der Wandel der (Arbeits-)Gesellschaft so gesehen nicht an sich pathogen wäre, wür-

de er zu einer stärkeren Krankheitslast psychischer Störungen führen. In diesem Sinne würde die Ausweitung von Behandlungsangeboten trotz stabiler Prävalenzen eine adäquate Anpassung des Systems an eine veränderte Bedarfslage darstellen.

Erklärung 3: Psychologischer Kulturwandel

Auch der dritte Erklärungsansatz geht zunächst von einer positiven Bewertung der Versorgungsqualität und -effektivität aus, sieht diese jedoch von einem anderen Prozess unterminiert, der paradoxerweise auch den Ausbau der Versorgungsangebote selbst speist. Als solcher wird im wissenssoziologischen oder auch kulturhistorischen Diskurs ein umfassender kultureller Wandel betrachtet, in dem psychologische Theorien und Praktiken zunehmend an Einfluss gewinnen und unser Welt- und Selbstverständnis entscheidend prägen (z. B. [7, 82, 83]). Von diesem Standpunkt aus sinken die Prävalenzen psychischer Störungen deshalb nicht, weil (Lebens-)Probleme heute häufiger als psychische Probleme erlebt, interpretiert und auch behandelt werden. Sowohl der Ausbau des Versorgungssystems als auch die Zunahme des Erlebens einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit wurzeln beide in zunehmender Psychologisierung menschlicher Lebenswirklichkeit. Insofern stehen die verstärkte Behandlung psychischer Störungen und deren gleichbleibende Prävalenzen nicht in einem Widerspruch zueinander, sondern bedingen sich wechselseitig.

Die Annahme, dass psychologisches oder therapeutisches Wissen seinen Gegenstand zum Teil selbst hervorruft, wird auch in der Epidemiologie und Versorgungsforschung vertreten. So interpretieren Vertreter von Leistungsträgern und -erbringern steigende Diagnosezahlen psychischer Störungen in Krankenkassendaten als Resultat einer verstärkten Aufmerksamkeit auf psychische Gesundheit in den Medien und bei Behandelnden, u. a. im Zusammenhang mit einer intensivierten ärztlichen Fortbildung [84]. So hätten sich die Sensitivität auf Behandlerseite sowie die

Sensibilität auf Patientenseite verbessert und würden heute zu einem häufigeren Erkennen psychischer Störungen im Versorgungsgeschehen führen. Empirisch wird dies vorrangig als Gesundheitskompetenz bezüglich psychischer Gesundheit und Störungen (engl.: „mental health literacy“) konzeptualisiert, welche Wissen und Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen i. S. v. Stigmatisierung sowie Kompetenzen im Hilfesuchverhalten umfasst [85]. Bereits seit den 1990er-Jahren zeichnet sich in Deutschland [86] sowie anderen Industrienationen bzw. Ländern mit hohem Bruttonationaleinkommen eine Zunahme der Mental Health Literacy ab [87], die jedoch nicht mit einer geringeren sozialen Distanz zu Betroffenen verbunden ist. Ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit scheint also ambivalent zu sein: Während sie als Gesundheitskompetenz zwar eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten ermöglichen kann, steigert sie zugleich die Fähigkeit zur Introspektion und psychologischen Selbstdeutung. Diese Sensibilisierung kann zu einer negativeren Einschätzung der eigenen psychischen Gesundheit beitragen [88, 89] und auch auf Behandlerseite die Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit erschweren [90]. In der bereits genannten Metaanalyse steigt die wahrgenommene psychische Belastung weltweit zwischen 1990 und 2010 signifikant an, während die Prävalenzen psychischer Störungen aber stabil bleiben [12]. Für Depressionen erweist sich eine geringe Mental Health Literacy empirisch sogar als Schutzfaktor [91].

Folgerungen und Fazit

Die Versorgungsepidemiologie muss konstatieren, dass trotz der Ausweitung von Behandlungsangeboten für psychische Störungen deren Prävalenz in der Bevölkerung nicht sinkt. Sehr wahrscheinlich tragen Faktoren aller drei Erklärungsansätze zu den stabilen Prävalenzen bei und stehen zudem in Wechselwirkungen: Präventions- und Versorgungsmängel limitieren Gesundheitsgewinne, Risiko- und Bedarfslagen unterliegen einem ständigen his-

torischen Wandel, neue kulturelle und wissenschaftliche Konzepte prägen die Definition von Behandlungsbedarf und Gestaltung der Behandlungspraxis. In ihren Implikationen jedoch sind die drei Ansätze trennscharf und dabei kaum mehr widersprüchlich:

1. Eine gesundheitspolitische Priorisierung kurativer Angebote vor präventiven Angeboten ist zur Verringerung von Häufigkeit und Krankheitslast psychischer Störungen nicht zielführend. Bewertet man die aktuelle Versorgungssituation als unzulänglich, kann neben den diagnostischen Kompetenzen der v. a. primärärztlichen Praktiker auch die Praktikabilität der klassifikatorischen Diagnostik in Zweifel gezogen und Optimierungsbedarf angemeldet werden. Unabhängig davon kann die Fixierung auf Prävalenzen als zentrales Outcome zur Bewertung von Versorgungsmaßnahmen hinterfragt werden. Wie in Evaluationsstudien der Versorgungsforschung etabliert, sollten Parameter des Behandlungsbedarfes maßgeblicher sein, wie z. B. die Funktionsfähigkeit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit psychischen Störungen. Neben deren Morbidität muss auch die Mortalität berücksichtigt werden. Ferner ist in Bezug auf Verhinderung von Inzidenzen sowie die Zeit, die auf individueller wie auf gesellschaftlicher Ebene mit psychischer Erkrankung verbracht wird (einschließlich Entwicklung von Komorbiditäten, Episodenzahl und -dauern), verstärkt eine ätiologisch orientierte und entwicklungsbezogene Perspektive zu fordern, die sich in geeigneter Prävention auf verschiedenen Ebenen niederschlägt.
2. Diskutiert man die Bedeutung gesellschaftlicher Risikofaktoren, so ist Handlungsbedarf nicht erst geboten, wenn sich diese verändern bzw. zunehmen. Auch aus querschnittlichen Ergebnissen zu gesundheitlicher Ungleichheit lassen sich Maßnahmen ableiten, die z. B. auf den sozialen Gradienten der psychischen Gesundheit abzielen. Besonders vorsichtig muss Kulturkritik gelesen werden, in

der vorrangig „überforderte“ Eliten porträtiert werden, denen ein pathogenes „Zuviel“ an z. B. Arbeit oder Freiheit attestiert wird – während epidemiologische Daten die Risikogruppen für psychische Störungen vielmehr durch ein „Zuwenig“ an sozialem, kulturellem oder ökonomischem Kapital kennzeichnen. Auch wenn ihr wissenschaftlicher Gehalt anzuzweifeln ist, haben gegenwarts-kritische Diskurse dennoch ihre Berechtigung, da sie als „moderne Jeremiaden“ (den gesellschaftlichen Verfall beklagende Werke; [92]) Sprachräume der Solidarisierung und gesellschaftlichen Veränderung eröffnen. Ergebnisse der Versorgungsepidemiologie sollten hier jedoch als Korrektiv wirken und daran erinnern, dass Kulturkritiken rund um die psychische Gesundheit auch die Stimmen jener Bevölkerungsgruppen enthalten sollten, die nicht über die diskursiven Mittel verfügen, das eigene Unbehagen in diesem Stil der Klage zu formulieren.

3. Betrachtet man aus kulturhistorischer Distanz, wie sich die Deutung menschlichen Leidens und der professionelle Umgang mit diesem gegenseitig bedingen, wird ein Zielkonflikt deutlich. Wenn eine steigende Mental Health Literacy tatsächlich in einer Verschlechterung der wahrgenommenen psychischen Gesundheit resultiert, sollte Aufklärung neben dem Wissen über psychische Symptome auch Toleranz gegenüber diesen als Teil „normalen“ Erlebens vermitteln [91]. Menschliches Leiden und dessen Bewältigung scheinen sich unabhängig davon, in welcher Form und Verursachung sie zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt in Erscheinung treten, als anthropologische Konstanten zu erweisen. Die Vision einer Bevölkerung mit geringer oder zumindest sinkender Häufigkeit psychischer Störungen erschiene so als Utopie – die allerdings notwendig ist, um im Sinne einer regulativen Idee zum Abbau vermeidbarer Risikofaktoren und zu einer bedarfsgerechteren Gestaltung der Versorgung zu motivieren.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Julia Thom

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin, Deutschland
thomj@rki.de

Prof. Dr. Frank Jacobi

Psychologische Hochschule Berlin
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin,
Deutschland
f.jacobi@phb.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Thom, J. Bretschneider, N. Kraus, J. Handerer und F. Jacobi geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R (2017) Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry* 16:90–99
- Kowitz S, Zielasek J, Gaebel W (2014) Die Versorgungssituation bei psychischen Störungen in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 139:1249–1252
- Nübling R, Bär T, Jeschke K, Ochs M, Schmidt N, Sarubin J (2014) Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. *Psychother J* 4:389–397
- Jäger M, Rössler W (2012) Psychiatrische Versorgungsepidemiologie. *Nervenarzt* 83:389–402
- Jacobi F, Kessler-Scheil S (2013) Epidemiologie psychischer Störungen: Häufigkeit und Krankheitslast in Deutschland. *Psychotherapeut* 58:191–205
- Schmacke N (2012) Häufigkeit seelischer Erkrankungen. *Gesundh Ges Wiss* 12:7–15
- Handerer J, Thom J, Jacobi F (2018) Die vermeintliche Zunahme der Depression auf dem Prüfstand. Epistemologische Prämissen, epidemiologische Daten, transdisziplinäre Implikationen. In: Fuchs T, Iwer L, Micali S (Hrsg) *Das überforderte Selbst*. Suhrkamp, Berlin, S 159–209
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85:77–87
- Bretschneider J, Janitzka S, Jacobi F et al (2018) Is depression on the rise? Results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC Psychiatry* 18:394. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1973-7>
- Richter D, Berger K (2013) Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatr Prax* 40:176–182
- Richter D, Berger K, Reker T (2008) Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatr Prax* 35:321–330
- Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ, Norman RE, Vos T, Whiteford HA (2014) Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety* 31:506–516
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2018) Betten in Krankenhäusern (Anzahl und je 100.000 Einwohner). Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. www.gbe-bund.de. Zugegriffen: 19. Juli 2018 (Thematische Recherche: Krankenhausbetten, Krankenhaus → Krankenhäuser, Betten nach Fachabteilung, u. a. nach Region → Dokumentart Tabellen)
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017) Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621167004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 19. Juli 2018
- Bölt U (2012) 20 Jahre Krankenhausstatistik. *Statistisches Bundesamt Wirtschaft und Statistik* 2/2012, S 112–138
- Lohse MJ, Müller-Oerlinghausen B (2016) Psychopharmaka. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) *Arzneiverordnungs-Report 2016: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 663–690
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2018) Gesundheitsdaten. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>. Zugegriffen: 19. Juli 2018
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2018) DMP Depressionen. <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/2017/dmp-depressionen-leitlinien-decken-alle-wichtigen-versorgungsaspekte-ab.7873.html>. Zugegriffen: 13. Juli 2018
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2018) Vorbericht (vorläufige Nutzenbewertung): Screening auf Depression. <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte-301/nichtmedikamentoese-verfahren/s-projekte/s16-05-screening-auf-depression.7850.html>. Zugegriffen: 13. Juni 2018
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Kapitel 16: Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (S. 683–758). https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. Zugegriffen: 13. Juli 2018
- Barmer GEK (2010) Barmer GEK Arztreport. Asgard, St. Augustin
- Barmer (2017) Arztreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse
- DAK Forschung (2018) DAK-Gesundheitsreport 2018. <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2018-1970840.pdf>. Zugegriffen: 19. Juli 2018
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2017) Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften, Bd. 22
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2010) Krankheitskosten – 2002, 2004, 2006 und 2008. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten2120720159004.pdf;jsessionid=55F734A5D251988C6BE710F919E020D8.InternetLive2?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 19. Juli 2018
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2017) Gesundheit: Krankheitskosten 2015. DESTATIS wissen nutzen Fachserie 12
- Wittchen HU, Knappe S, Andersson G et al (2014) The need for a behavioural science focus in research on mental health and mental disorders. *Int J Methods Psychiatr Res* 23(Suppl 1):28–40
- Beesdo-Baum K, Knappe S, Asselmann E et al (2015) The ‘Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) study’: a 20-year review of methods and findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50:851–866
- Riedel-Heller S, Günhe U (2013) Vorbeugen ist besser als heilen – Prävention psychischer Störungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 63:489–492
- Stockings EA, Degenhardt L, Dobbins T et al (2016) Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychol Med* 46:11–26
- Mihalopoulos C, Chatterton ML (2015) Economic evaluations of interventions designed to prevent mental disorders: a systematic review. *Early Interv Psychiatry* 9:85–92
- Jorm AF (2014) Why hasn’t the mental health of Australians improved? The need for a national prevention strategy. *Aust N Z J Psychiatry* 48:795–801
- Klosterkötter J, Maier W (Hrsg) (2017) *Handbuch Präventive Psychiatrie*. Schattauer, Stuttgart
- Landespräventionsrat Niedersachsen (2018) Grüne Liste Prävention. <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>. Zugegriffen: 19. Sept. 2018
- Lambert M, Bock T, Naber D et al (2013) Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 81:614–627
- Leopold K, Pfeiffer S, Correll CU, Bauer M, Pfennig A (2013) Früherkennungszentren für psychische Erkrankungen – ein Komplementärangebot der psychiatrischen Regelversorgung in Deutschland. *Psychiatr Prax* 40:264–270
- BVKJ (2006) Neues Gesundheits-Checkheft vom BVKJ. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/neues-gesundheits-checkheft-vom-bvkJ/>. Zugegriffen: 19. Sept. 2018
- BZgA, BfG (2012) Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. BZgA, Köln
- Brandstetter S, Doodoo-Schittko F, Speerforck S et al (2017) Trends in non-help-seeking for mental disorders in Germany between 1997–1999 and 2009–2012: a repeated cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52:1005–1013
- Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population—evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23:289–303
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al (2004) Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health

- Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 291:2581–2590
42. Thom J, Bretschneider J, Müllender S, Becker M, Jacobi F (2015) Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen. Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit? *Psychiatrie (Stuttg)* 12:247–254
 43. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J et al (2016) Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Nervenarzt* 87:1211–1221
 44. Kivelitz L, Watzke B, Schulz H, Härter M, Melchior H (2015) Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. *Psychiatr Prax* 42:424–429
 45. Angermeyer MC, van der Auwera S, Carta MG, Schomerus G (2017) Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry* 16:50–61
 46. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S (2009) Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 374:609–619
 47. Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, de Pilars MP, Abholz HH (2009) Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung. *Psychiatr Prax* 36:169–174
 48. Becker N, Streng M, Sielk M, Pilars de Pilar M, Abholz HH (2009) Intuition und Professionalität – Konzepte von Allgemeinärzten zu Patienten mit depressiven Störungen – eine qualitative Interviewstudie. *Z Allg Med* 85:31–39
 49. Pilars de Pilar M, Abholz H-H, Becker N, Sielk M (2012) Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten, bei denen sie eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert haben? *Psychiatr Prax* 39:71–78
 50. Maske UE, Hapke U, Riedel-Heller SG, Busch MA, Kessler RC (2017) Respondents' report of a clinician-diagnosed depression in health surveys: comparison with DSM-IV mental disorders in the general adult population in Germany. *BMC Psychiatry* 17:39
 51. Grobe T, Kleine-Budde K, Bramesfeld A, Thom J, Bretschneider J, Hapke U (2018) Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routedaten. *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-0652-5424>
 52. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
 53. Trautmann S, Beesdo-Baum K (2017) Behandlung depressiver Störungen in der primärärztlichen Versorgung. Eine epidemiologische Querschnittstudie. *Dtsch Arztebl Int* 114:721–728
 54. Jacobi F, Kunas S, Annighöfer M, Sammer S, Götz T, Gerlinger G (2018) Versorgungs- und Hilfesysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Hilfebedarf. In: Harig R (Hrsg) *Gesundheitswissenschaften*. Springer, Berlin
 55. Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, Zielasek J (2013) Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. *Dtsch Arztebl Int* 110:799–808
 56. Gerste B, Roick C (2014) Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland – Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmaack N (Hrsg) *Versorgungs-Report 2013/2014*. Schattauer, Stuttgart, S 21–54
 57. Maylath E, Spanka M, Nehr R (2003) In welchen Krankenhausabteilungen werden psychisch Kranke behandelt? Eine Analyse der Krankenhausfälle der DAK im Vorfeld der DRGs. *Gesundheitswesen* 65:486–494
 58. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Namann C, Augustin U, Faisst C (2015) Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy (New York)* 119:1415–1423
 59. Bundespsychotherapeutenkammer (2018) Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. *Wartezeiten* 2018. https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPTK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf. Zugriffen: 13. Juli 2018
 60. Schmid P, Steinert T, Borbé R (2013) Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatr Prax* 40:414–424
 61. Ungewitter C, Böttger D, Choucair B et al (2010) Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestruktur und Kooperation der Leistungserbringer
 62. Bramesfeld A, Wedegärtner F, Elgeti H, Bisson S (2007) How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Serv Res*. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-99>
 63. Sansone RA, Sansone LA (2012) Antidepressant adherence: Are patients taking their medications? *Innov Clin Neurosci* 9:41–46
 64. Rübenach SP (2007) Todesursache Suizid. Statistisches Bundesamt *Wirtschaft und Statistik* 10/2007, S 960–971
 65. Heinz A (2015) *Der Begriff der psychischen Krankheit*. Suhrkamp, Berlin
 66. Jaeggi R (2005) *Entfremdung – Zur Aktualität eines sozialphilosophischen Problems*. Campus, Frankfurt am Main
 67. Rosa H (2016) *Beschleunigung und Entfremdung. Entwurf einer Kritischen Theorie spätmoderner Zeitlichkeit*. Suhrkamp, Berlin
 68. Han BC (2016) *Müdigkeitsgesellschaft. Burnoutgesellschaft. Hoch-Zeit*. Matthes & Seitz, Berlin
 69. Fromm E (2016) *Die Pathologie der Normalität des heutigen Menschen*. In: Funk R (Hrsg) *Die Pathologie der Normalität. Zur Wissenschaft vom Menschen*. Ullstein, Berlin, S 15–105 (Erstveröffentlichung 1953)
 70. Mulder R, Rucklidge J, Wilkinson S (2017) Why has increased provision of psychiatric treatment not reduced the prevalence of mental disorder? *Aust N Z J Psychiatry* 51:1176–1177
 71. Busfield J (2012) Challenging claims that mental illness has been increasing and mental well-being declining. *SocSci Med* 75:581–588
 72. Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23:304–319
 73. Luppá M, Sikorski C, Luck T et al (2012) Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 136:212–221
 74. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34:597–611
 75. Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016) *Bildung in Deutschland 2016*. wbv, Bielefeld
 76. Statistisches Bundesamt (destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg) (2016) *Datenreport 2016 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn
 77. Dornes M (2016) *Macht der Kapitalismus depressiv?* Fischer, Frankfurt am Main
 78. World Health Organisation (WHO) (2002) *Towards a common language for functioning, disability and health (ICF)*. The international classification of functioning, disability and health. WHO, Geneva
 79. Baune BT, Arolt V (2005) *Psychiatrische Epidemiologie und Bevölkerungsmedizin. Prinzipien der Versorgungsforschung*. *Nervenarzt* 76:633–644
 80. Linden M (2016) *Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 59:1147–1153
 81. Jacobi F, Linden M (2018) *Macht die moderne Arbeitswelt psychisch krank – oder kommen psychisch Kranke in der modernen Arbeitswelt nicht mehr mit?* *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 53:530–536
 82. Ehrenberg A (2008) *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
 83. Illouz E (2009) *Die Errettung der modernen Seele. Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
 84. DAK (2013) *DAK-Gesundheitsreport 2013*. IGES Institut, Berlin
 85. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S (2015) *Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review*. *BMC Psychiatry* 15:291
 86. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H (2009) *Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany*. *Eur Psychiatry* 24:225–232
 87. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A et al (2012) *Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis*. *Acta Psychiatr Scand* 125:440–452
 88. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Fiest KM, Bulloch AG, Wang J (2014) *Changing perceptions of mental health in Canada*. *Can J Psychiatry* 59:591–596
 89. Kovess-Masfety V, Briffault X, Sapinho D (2009) *Prevalence, risk factors, and use of health care in depression: a survey in a large region of France between 1991 and 2005*. *Can J Psychiatry* 54:701–709
 90. Jacobi F, Linden M (2018) *Macht die moderne Arbeitswelt psychisch krank – oder kommen psychisch Kranke in der modernen Arbeitswelt nicht mehr mit?* *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 53:530–536

91. Goldney RD, Eckert KA, Hawthorne G, Taylor AW (2010) Changes in the prevalence of major depression in an Australian community sample between 1998 and 2008. *Aust N Z J Psychiatry* 44:901–910
92. Ehrenberg A (2011) *Das Unbehagen in der Gesellschaft*. Suhrkamp, Berlin
93. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2017) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. http://www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf. Zugriffen: 19. Juli 2018