

# Psychische und Verhaltensstörungen in Sachsen-Anhalt: ausgewählte Daten aus ambulanten Einrichtungen und Krankenhäusern

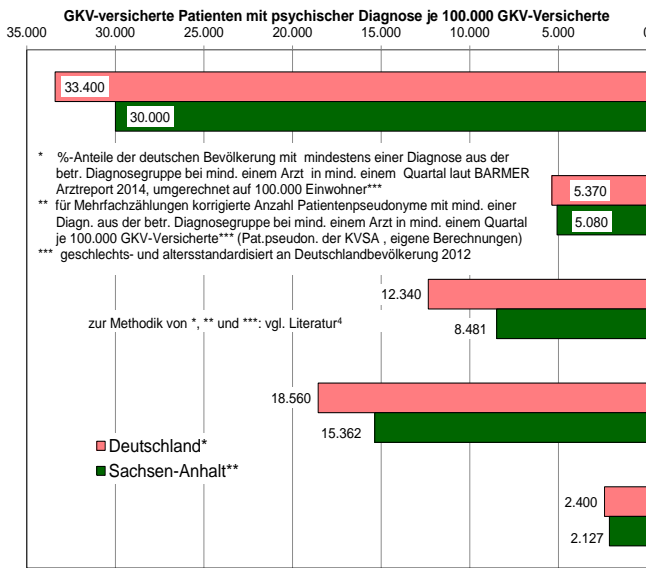


Abb. 1: Patienten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung mit psychischer Diagnose, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2012

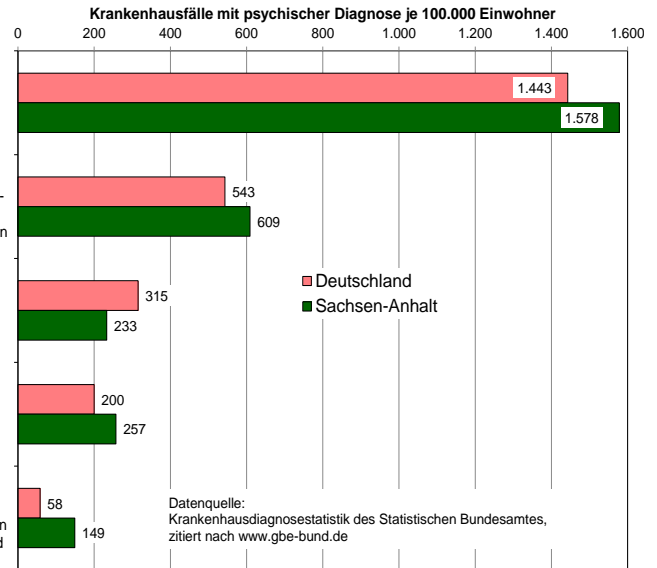


Abb. 2: Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2012

## Hintergrund:

Diagnosen zu psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99) spielen in Deutschland seit mehreren Jahren eine immer stärkere Rolle. Als mögliche Gründe werden einerseits ein besseres psychiatrisches Versorgungsangebot, zunehmendes Wissen um die psychische Komponente von Gesundheit und eine sinkende Hemmschwelle bezüglich der Inanspruchnahme von psychiatrischer/psychotherapeutischer Hilfe vermutet. Andererseits gelten aber auch zunehmende Arbeitsverdichtung, steigende Anforderungen an Flexibilität und Multitasking und zunehmende soziale Zwänge (oft schon bei Kindern und Jugendlichen) als mögliche Gründe für eine real steigende psychische Krankheitslast in modernen Gesellschaften. Auch in Sachsen-Anhalt steigen die Quoten psychisch bedingter Krankenhausfälle und Frühberentungen (v.a. Depressionen), wobei Störungen durch Alkohol nach wie vor eine herausragende Rolle spielen<sup>1,2</sup>. In diesem Schlaglicht werden ergänzende aktuelle Daten zur Häufigkeit psychischer Diagnosen in ambulanten Einrichtungen und Krankenhäusern und zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Sachsen-Anhalt gegenübergestellt und jeweils mit Bundesdaten verglichen.

## Methodische Anmerkungen:

a) Die „Fallzahlen“ (Diagnosehäufigkeiten) im ambulanten (Abb.1) und stationären Bereich (Abb. 2) lassen sich nicht direkt vergleichen: Im ambulanten Bereich handelt es sich um die Anzahl von **Personen**, bei denen aus einer bestimmten Gruppe psychischer Diagnosen (z.B. F10-F19) innerhalb eines Jahres mindestens einmal eine Diagnose (z.B. F10) von einem niedergelassenen Arzt festgestellt wurde. Dabei wird nicht zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden, es werden allerdings nur „behandlungsrelevante“ Diagnosen kodiert. In vielen Fällen ist der Patient bezüglich derselben Diagnose mehrfach und/ oder bei mehreren Ärzten vorstellig. Da in der hier verwendeten Statistik die Diagnosestellung nur einmal erscheint, wird der jährliche Behandlungsaufwand unterschätzt. Im stationären Bereich handelt es sich nicht um Personen, sondern um **Fälle**: gezählt werden alle Krankenhausfälle bezüglich einer bestimmten Diagnose (-gruppe) innerhalb eines Jahres, egal, ob diese Fälle von mehreren oder nur einer einzigen Person verursacht werden. Dadurch wird die Diagnosehäufigkeit im Vergleich zur ambulanten Statistik überschätzt. Andererseits zählen in der Krankenhausdiagnostik jedoch nur solche Diagnosen, die als Hauptgrund des Krankenhausaufenthaltes festgestellt wurden (sog. Hauptdiagnosen). Dies führt zu einer Unterschätzung der Diagnosehäufigkeit im Vergleich zur ambulanten Statistik (wo auch alle behandlungsrelevanten Nebendiagnosen gemeldet werden).

b) Die hier dargestellten Daten zur ambulanten Inanspruchnahme (Abb. 1) und Versorgung (Tab. 2.1.1) beziehen sich nur auf GKV-Versicherte bzw. nur auf an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychiater/Psychotherapeuten. Der Anteil der GKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung und der Anteil der teilnehmenden unter allen Psychiatern/Psychotherapeuten sind in Sachsen-Anhalt deutlich höher als im Bundesdurchschnitt.

c) Die bei Redaktionsschluss verfügbaren Daten zur ambulanten Inanspruchnahme in Deutschland stammen aus dem Jahr 2012<sup>3</sup>. Zu Vergleichszwecken wurden die ambulanten und stationären Daten für Sachsen-Anhalt deshalb ebenfalls für das Jahr 2012 berechnet. Daten zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung liegen für Deutschland bis 2013, für Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2014 vor.

## Ergebnisse:

a) **Jährliche „Fallzahlen“ und Geschlechtsspezifik:** Im Jahr 2012 wurde in Sachsen-Anhalt bei etwa 660.000 GKV-Versicherten von mindestens einem niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten mindestens eine Diagnose bzgl. einer psychischen oder Verhaltensstörung festgestellt; etwa 35.500 psychisch bedingte Krankenhausfälle wurden registriert (Tab.1). Während es im ambulanten Bereich mehr weibliche Patienten gibt, sind es im stationären Bereich mehr männliche Fälle. Störungen durch psychotrope Substanzen und psychische Störungen mit Beginn in der Kindheit/ Jugend betreffen ganz überwiegend die männliche Bevölkerung, affektive Störungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sind in der weiblichen Bevölkerung weiter verbreitet. Alle geschlechtsspezifischen Unterschiede sind in Sachsen-Anhalt ausgeprägter als im Bundesdurchschnitt.

b) **Bevölkerungsbezogene „Fallquoten“ im Bundesvergleich:** Im Jahr 2012 war in Sachsen-Anhalt bzgl. psychischer und Verhaltensstörungen insgesamt (F00-F99) die versichertenbezogene Patientenzahl im ambulanten Bereich um 11% geringer (Abb. 1), die Fallquote im stationären Bereich um etwa 13% höher als im Bundesdurchschnitt (Abb. 2). Während Störungen durch psychotrope Substanzen (ganz überwiegend durch Alkohol, vgl.<sup>1</sup>) in Sachsen-Anhalt etwa gleich häufig (ambulant) bzw. häufiger (stationär) diagnostiziert wurden, waren Diagnosen zu affektiven Störungen (ganz überwiegend Depressionen, vgl.<sup>1</sup>) sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich deutlich seltener als im Bundesdurchschnitt. Im stationären Bereich fällt eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt 2,6-mal höhere Krankenhausfallquote infolge psychischer Störungen mit Beginn in der Kindheit/Jugend auf (vgl. auch<sup>1</sup>).

**c) Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsdichte:** Die Dichte von an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten und Psychiatern ist in Sachsen-Anhalt deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt, besonders, wenn man als Bezugspopulation die GKV-Versicherten wählt (**Tab. 2.1.1**). Zwar ist seit einigen Jahren (bei rückläufigen Bevölkerungszahlen) die Zahl der teilnehmenden psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kontinuierlich und deutlich gestiegen (**Abb. 3**), aber im letzten Beobachtungsjahr (2013) war deren bevölkerungsbezogene Dichte immer noch 2,1-mal bzw. 1,5-mal niedriger als im Bundesdurchschnitt. Der besonders deutliche Anstieg der Psychotherapeutenzahlen in Sachsen-Anhalt ab dem Jahr 2013 wurde u.a. durch die geänderte Bedarfsplanungsrichtlinie ermöglicht und lässt auf eine weitere Verminderung des Abstandes zur bundesdurchschnittlichen Versorgungsdichte hoffen.

Im Gegensatz zur unterdurchschnittlichen Versorgungslage im ambulanten Bereich war im Jahr 2013 die Dichte der stationär tätigen Kinder-/Jugendpsychiater und -psychotherapeuten in Sachsen-Anhalt 1,5-mal höher (**Tab. 2.1.2**), das Angebot an Betten in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sogar 2,5-mal höher als im Bundesdurchschnitt (**Tab. 2.2.1**). Dieses hohe Bettenangebot in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Sachsen-Anhalt kann jedoch nicht durch einen entsprechend hohen Personalschlüssel (Betten je Psychiater/ Psychotherapeut) gestützt werden (**Tab. 2.2.2**).

#### Diskussion:

Psychisch bedingte „Fallzahlen“ in ambulanten Praxen und in Krankenhäusern können nur bedingt Auskunft über die tatsächliche Verbreitung von psychischen und Verhaltensstörungen in der Bevölkerung geben (vgl. auch<sup>1</sup>): Speziell in diesem Krankheitsfeld wird die Fallhäufigkeit durch das Patientenverhalten (z.B. unterschiedlich bereitwillige Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe je nach gesellschaftlicher Akzeptanz psychischer Erkrankungen), durch die Diagnosestellung (z.B. unterschiedliche Sensibilisierung der Ärzteschaft für psychische Störungen) und durch das subjektive Gesundheitsempfinden (z.B. unterschiedliches Bewusstsein bzgl. der psychischen Komponente von Gesundheit) beeinflusst. Darüber hinaus kann die Fall- und Diagnosehäufigkeit von psychischen Störungen – wie in anderen Krankheitsfeldern – auch von der Versorgungssituation beeinflusst sein: Geringe Inanspruchnahme kann durch eine geringe Verfügbarkeit, intensive Inanspruchnahme durch einen leichten Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangeboten mitverursacht sein<sup>1</sup>. Trotz dieser Einschränkungen müssen steigende und/ oder überdurchschnittliche psychisch bedingte Fallquoten in Sachsen-Anhalt als mögliche Indikatoren einer steigenden/ überdurchschnittlichen psychischen Morbidität beachtet und untersucht werden.

Auch wenn die „Fallzahlen“ im ambulanten und stationären Bereich nicht 1:1 vergleichbar sind, so lässt sich dennoch abschätzen, dass in Sachsen-Anhalt (wie in Deutschland) der Großteil der psychischen und Verhaltensstörungen zunächst im ambulanten Bereich auffällig wird (vgl. **Abb. 1** und **Abb. 2**). Welcher Anteil der psychisch auffälligen ambulanten Patienten von Psychotherapeuten (und Psychiatern) diagnostiziert und behandelt wird und welcher Anteil von niedergelassenen Ärzten anderer Fachgebiete (z.B. Hausärzte) diagnostiziert und initial therapiert wird, dazu liegen der GBE keine Daten vor. Eine überwiegende Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankung durch Ärzte anderer Fachgebiete (wenn ambulante Psychotherapeuten und Psychiater rar sind) kann psychisch bedingte Krankenhauseinweisungen begünstigen.

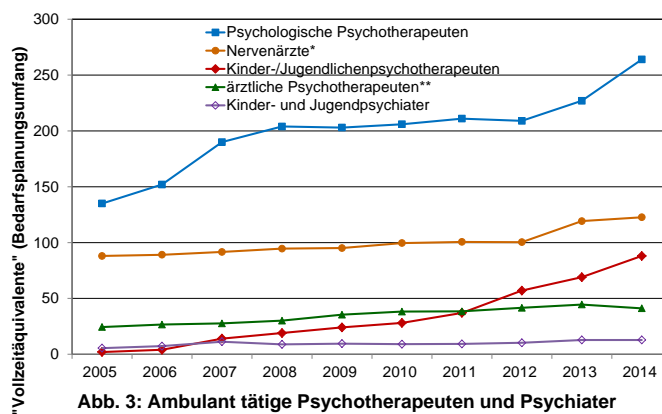
Vergleicht man das Verhältnis zwischen ambulanten und stationären „Fallzahlen“ in Sachsen-Anhalt und Deutschland (**Abb. 1** und **Abb. 2**) und die psychiatrische Versorgungsdichte in Sachsen-Anhalt und Deutschland (**Tab. 2**), so drängt sich die Vermutung auf, dass die im Bundesvergleich deutlich geringere Dichte ambulant tätiger Psychotherapeuten mitverantwortlich dafür ist, dass psychische Störungen in Sachsen-Anhalt häufiger im Krankenhaus behandelt werden als im Bundesdurchschnitt.

Dies wird besonders deutlich im Kinder-/Jugendbereich, wo die ambulante Versorgungsdichte zuletzt gering (**Tab. 2.1.1**) und die Krankenhausfallquote infolge F90-F98 besonders hoch war (**Abb.1**, vgl. auch<sup>1</sup>).

Ob die höheren Krankenhausfallquoten in Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2012 in den Diagnosegruppen F10-F19, F40-F48 und F90-F98 nur auf eine rein zahlenmäßig verstärkte Inanspruchnahme im stationären Sektor zurückzuführen sind, oder ob die betreffenden Störungen auch deshalb häufiger stationär behandelt werden müssen, weil sie sich aufgrund unzureichender ambulanter Inanspruchnahme(möglichkeit) häufiger verschlimmern/verstetigen, kann hier nicht entschieden werden. In der Landeshauptstadt gibt es anscheinend Indizien für beides: für eine Zunahme der Inanspruchnahme im stationären Sektor *und* für eine Aggravierung der psychischen Krankenhausfälle. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Magdeburg sind die Aufnahmezahlen in der psychiatrischen Institutsambulanz in den letzten Jahren drastisch gestiegen und fast drei Viertel der stationär aufgenommenen Patienten sind inzwischen Notfallpatienten. Ein erheblicher Anteil der „psychischen“ Notfallpatienten sind substanzbedingt, wobei Alkoholintoxikation nach wie vor dominiert, aber in den letzten Jahren bei jungen Männern Amphetamine (v.a. Crystal Meth) und Kokain eine zunehmende Rolle spielen (Prof. W. Jordan, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und stellvertretender Direktor des Klinikums Magdeburg, persönliche Mitteilung).

**Fazit:** Um in Sachsen-Anhalt bei psychischen und Verhaltensstörungen den Grundsatz „ambulant vor stationär“ noch besser verwirklichen zu können, sollten die laufenden Bemühungen (vgl. **Abb.3**) um eine Erhöhung der Anzahl von ambulant tätigen Psychotherapeuten und Psychiatern intensiv weitergeführt werden.

Allerdings darf eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung nicht die einzige Strategie zur Lösung des Problems steigender Fallzahlen von psychischen und Verhaltensstörungen sein. Parallel dazu und mit gleicher Intensität müssen niederschwellige Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit und zur Prävention von psychischen Störungen ausgebaut werden. Ein wichtiger Baustein dieser Strategie ist die Suchtprävention. Für den Bereich Rauchen und alkoholbedingte Gesundheitsschäden ist dies seit vielen Jahren in den Landesgesundheitszeilen festgelegt. Eine stärkere Berücksichtigung der „neuen Drogen“ in der Suchtprävention scheint auch in Sachsen-Anhalt angeraten.



Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

\* Fachärzte (FÄ) für Nervenheilkunde, FÄ für Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie, FÄ für Neurologie u. Psychiatrie, FÄ für Neurologie

\*\* FÄ für Psychotherapeutische Medizin, FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FÄ mit psychotherapeutischem Leistungsanteil über 50 %, psychotherapeutisch tätige Ärzte

**Tabelle 1: Patienten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt, 2012**

		Patienten in der ambulanten Versorgung				Krankenhausfälle <sup>2**</sup>			
		Sachsen-Anhalt <sup>1*</sup>		Quotenverhältnis w / m		Sachsen-Anhalt		Quotenverhältnis w / m	
		Weiblich	Männlich	ST <sup>3*</sup>	D <sup>4***</sup>	Weiblich	Männlich	ST <sup>5</sup>	D <sup>5</sup>
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	395.601	257.464	1,39	1,36	15.652	19.894	0,75	0,82
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	42.539	67.024	0,61	0,75	2.973	10.483	0,31	0,39
F30-F39	Affektive Störungen	140.279	55.495	2,30	1,91	4.015	2.175	1,76	1,50
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	237.611	97.992	2,24	1,93	3.171	2.118	1,52	1,55
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	13.816	23.115	0,55	0,57	606	1.108	0,59	0,61

Datenquellen: \*Kassenärztl. Verein. Sachsen-Anhalt, \*\*Krankenhausstatistik, Statist. Bundesamt, www.gbe-bund.de, \*\*\* BARMER-Arztreport 2014

<sup>1</sup> Für Mehrfachzählung korrigierte Anzahl Patientenpseudonyme mit der betr. Diagnose bei mind. einem Arzt in mind. einem Quartal

<sup>2</sup> Hauptdiagnose bei der Entlassung (derselbe Patient kann pro Jahr mehrere Fälle bzgl. derselben Diagnose verursachen)

<sup>3</sup> Quotient der altersstandard., für Mehrfachzählungen korrigierten weibl./männl. Patientenpseudonyme je 100.000 weibl./männl. GKV-Versicherte

<sup>4</sup> Quotient der %-Anteile der weibl./männl. Bevölkerung in Deutschland mit der jeweiligen Diagnosegruppe laut BARMER-Arztreport 2014

<sup>5</sup> Quotient der altersstandardisierten weiblichen / männlichen Krankenhausfälle je 100.000 weibliche bzw. männliche Einwohner

w = weiblich, m = männlich, ST = Sachsen-Anhalt, D = Deutschland

**Tabelle 2: Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsdichte, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2013**

		Deutschland		Sachsen-Anhalt		Deutschland		Sachsen-Anhalt	
<b>2.1 Praktizierende Psychiater und Psychotherapeuten</b>									
		Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie je 100.000 Einwohner				Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie je 100.000 Einwohner <20 Jahre			
2.1.1 ambulant <sup>1</sup> (an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmend)	Nervenärzte (vgl. Fußnote Abb. 3)	7,8 9,1*	7,5 8,1*	Kinder- u. Jugendpsychiater		7,2 8,5*	5,8 6,4*		
	Ärztliche Psychotherapeuten (vgl. Fußnote Abb. 3)	7,0 8,1*	2,3 2,5*	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten		29,5 34,9*	21,1 23,4*		
	Psychologische Psychotherapeuten	19,4 22,4*	9,8 10,5*						
2.1.2 stationär (in Krankenhäusern)	Psychiater und ärztliche Psychotherapeuten <sup>2</sup>	7,5	5,5	Kinder- /Jugendpsychiater und ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten <sup>2</sup>		5,8	8,6		
	Psychologische Psychotherapeuten	8,8 <sup>3</sup>	6,0 <sup>4</sup>	•		•	•		
<b>2.2 Aufgestellte Betten und Betten-Psychiater/Psychotherapeuten-Verhältnis in Krankenhäusern<sup>5</sup></b>									
		Psychiatrie/Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik				Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie			
2.2.1 Betten je Einwohner	Betten je 100.000 Einwohner	79,4	79,4	KiJu-Betten je 100.000 Einwohner <20 Jahre		40,6	101,1		
2.2.2 Betten je Psych.	Betten je Psychiater / Psychotherapeut	4,9	6,9	KiJu-Betten je KiJu-Psychiater/ KiJu-Psychotherapeut		7,0	11,8		

<sup>1</sup> Arztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (zitiert nach www.gbe-bund.de), eigene Berechnung der bevölk.-/versichertenbezogenen Quoten

<sup>2</sup> Ärzttestatistik der Bundesärztekammer (zitiert nach www.gbe-bund.de)

<sup>3</sup> Psychotherapeutendatei Bundespsychotherapeutenkammer (zitiert nach www.gbe-bund.de), eigene Berechnung der bevölkerungsbezogenen Quoten

<sup>4</sup> Daten der Ärztekammer Sachsen-Anhalt für die Gesundheitsberichterstattung (Indikator 8.12), eigene Berechnung der bevölkerungsbezogenen Quoten

<sup>5</sup> Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und Ärzttestatistik der Bundesärztekammer (zitiert nach www.gbe-bund.de), eigene Berechnung der bevölkerungsbezogenen Quoten

• keine Daten vorhanden (stationär tätige psychologische Psychotherapeuten ohne Differenzierung in Erwachsenen- und Kinder-/Jugendpsychotherapeuten)

<sup>§</sup> Im Krankenhaus: Fachabteilungen Psychiatrie/Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik

\* je 100.000 GKV-Versicherte bzw. je 100.000 GKV-Versicherte <20 Jahre

#### Literatur:

<sup>1</sup> Hering, T. et al. (2013). Daten und Trends zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsens-Anhalts im Spiegel der ambulanten und stationären Versorgung sowie der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt (Hrsg.). Gesundheit der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt.

<sup>2</sup> Wahl, G. (2014). Alkohol – Update. Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt 3/2014, Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.).

<sup>3</sup> BARMER-GEK Arztreport (2014)

<sup>4</sup> Wahl et al. (2013). Herz-Kreislauf-Erkrankungen und assoziierte Diagnosen bei unter 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt.

In: Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt (Hrsg.). Gesundheit der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt.

**Herausgeber:** Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Fachbereich Hygiene, Gr. Steinernetischstr. 4, 39104 Magdeburg

**Autor/Kontakt:** Dr. G. Wahl, Tel: 0391 2564-226, E-Mail: [goetz.wahl@lav.ms.sachsen-anhalt.de](mailto:goetz.wahl@lav.ms.sachsen-anhalt.de)