

I. Hach
A. Rentsch
U. Ruhl
E. Becker
V. Türke
J. Margraf
J. Krappweis
W. Kirch

Validität von Krankenscheindiagnosen psychischer Störungen

Validity of Diagnoses of Mental Disorders by Primary Care Physicians

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung: Psychische Störungen zeigen eine hohe Prävalenz im Erwachsenenalter. Die Verantwortung der Erkennung und Einleitung einer adäquaten Behandlung dieser Störungen obliegen hauptsächlich den Ärzten der Primär- bzw. Regelversorgung. **Patienten und Methodik:** Die vorliegende Studie untersuchte 1997 und 1998 das Vorkommen psychischer Störungen bei jungen Frauen (18–25 Jahre alt) und ihre ambulante medizinische Versorgung. 342 junge Frauen, versichert bei der AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse), wurden mit der Forschungsversion des DIPS (F-DIPS), einem strukturierten Interview zur Bestimmung von Achse-I-Störungen, untersucht. Gleichzeitig wurden ihre Krankenscheine in diesem 2-Jahres-Zeitraum gesammelt und ausgewertet. **Ergebnisse:** Die Diagnosen der Krankenscheine und der Interviews wiesen nur eine geringe Übereinstimmung auf. Die Krankenscheine deuteten eine hohe Prävalenz somatoformer Störungen (28%) an, das F-DIPS zeigte hingegen bei knapp einem Drittel der Frauen bestehende phobische Störungen. Eine störungsspezifische fachärztliche (psychiatrische/psychotherapeutische) Behandlung der psychischen Erkrankungen erfolgte nur selten. Die Diagnosestellung durch ambulant behandelnde Ärzte war unzutreffend, die Behandlung (Psychotherapie/Medikation) – soweit beurteilbar – nicht ausreichend. **Folgerung:** Die Ergebnisse sprechen für eine dringend erforderliche bessere Ausbildung in psychiatrischer Diagnostik von niedergelassenen nicht-psychiatrischen Fachärzten.

Abstract

Background and objective: Even in young adult age, psychological disorders are highly prevalent. Family doctors and gynaecologists are the physicians most often consulted by young women. Hence, they have a special responsibility to diagnose psychiatric disorders and – if necessary – to refer to a specialist. **Patients and methods:** In a prospective epidemiological study, 342 young women (between 18 and 25 years of age) were questioned two times with a structured interview (F-DIPS) designed for mental disorders. In the time period (1997 and 1998), we also investigated, by analysing personal health insurance data, primary-care physicians' diagnoses and payments for services rendered. The diagnoses were compared. **Results:** There was only a small accordance between F-DIPS and claimcards. Ambulant treating doctors diagnosed somatoform disorders in 28% of the young women (F-DIPS: 3, 8%). The F-DIPS found mostly phobic disorders (29%) (claimcards: 6,1%). A disorder-specific therapy was only rarely initiated. The treatment (psychotherapy and/or drug therapy) of women with psychiatric disorders appeared to be insufficient. **Conclusion:** The study indicates that primary-care physicians should be urgently trained in psychiatric diagnostics and therapy.

Key words

Prevalence · mental disorders · claimcard-diagnoses · validity

Anmerkung

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Studie (Prädiktoren psychischer Gesundheit/Krankheit bei jungen Frauen (A4) und Arzneimittelanwendungsforschung in der Region Dresden (C4/C7)) wurde durch das BMBF gefördert.

Institutsangaben

Institut für Klinische Pharmakologie (Direktor: Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch), BMBF Forschungsverbund Public Health Sachsen, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden
Psychologie und Psychotherapie (Direktor: Prof. Dr. U. Wittchen), Technische Universität Dresden

Korrespondenzadresse

Dr. med. Isabel Hach · Institut für Klinische Pharmakologie, Medizinische Fakultät der TU Dresden · Fiedlerstr. 27 · 01307 Dresden · E-mail: Isabel.Hach@mailbox.tu-dresden.de

Bibliografie

Gesundheitswesen 2003; 65: 359–364 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0941-3790

Schlüsselwörter

Prävalenz · psychische Störungen · Krankenschein-Diagnosen · Validität

Einleitung

Eine Vielzahl epidemiologischer Studien zeigt eine hohe Prävalenz psychischer Störungen bei Erwachsenen im Allgemeinen [1–4]. Untersuchungen zur Häufigkeit psychischer Störungen bei sehr jungen Erwachsenen im Besonderen sind hingegen selten [5, 6]. Offord et al. fanden unter 18–25-jährigen Kanadiern bei rund einem Viertel eine bestehende psychiatrische Störung [6]. Eine depressive Symptomatik im Jugendalter kann Prädiktor einer Depression im jungen Erwachsenenalter sein. Während eines Zeitraumes von 20 Jahren entwickelt ein Patient, der an einer Depression erkrankt ist, in der Regel 5–6 depressive Episoden. Daher ist die frühe Diagnosestellung sehr wichtig und die Verantwortung der allgemeinärztlich tätigen Ärzte besonders hoch [7]. Angststörungen, affektive Störungen und Substanzmissbrauch sind in Industrieländern die am häufigsten vorkommenden psychiatrischen Störungen. Frauen leiden unter affektiven und phobischen Störungen besonders oft [2, 8–11]. Junge Frauen befinden sich in einer speziellen Phase ihres Lebens. Häufig erfahren sie eine Vielzahl an Veränderungen, die unter Umständen Stress erzeugen und auch mit einer höheren Vulnerabilität für psychische Instabilitäten und sogar psychische Erkrankungen einhergehen können. Bei Nicht-Erkennen solcher psychischen Störungen sowie ausbleibender spezifischer Therapie droht Chronifizierung. Die Erforschung von Prävalenzen ist unerlässlich als Basis für Versorgungsplanung. Für größere epidemiologische Studien stehen häufig nur ärztlich vergebene Diagnosen zur Verfügung. Die vorliegende Untersuchung wurde durchgeführt, um die Prävalenz psychischer Störungen bei jungen Frauen zu bestimmen und deren primärärztliche Versorgung (Diagnostik und Therapie) zu evaluieren. Hierzu wurden Diagnosen, die durch ein strukturiertes standardisiertes psychologisches Interview festgestellt wurden, mit Krankenscheindiagnosen verglichen. Eingeleitete diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen der primärärztlichen Behandler wurden betrachtet. Das Wissen um das Vorhandensein psychischer Störungen hat wenig Auswirkung, wenn Diagnosestellung und nachfolgende Behandlung im ärztlichen Bereich unzureichend sind.

Methodik

1538 junge Frauen zwischen 18 und 25 Jahren alt, wohnhaft in Dresden, wurden aus einer Zufallsstichprobe bestimmt. Die Frauen wurden zweimal mit dem F-DIPS [12], einem strukturierten Interview zur Bestimmung von Achse-I-Störungen (nach DSM-IV [13]), befragt. Schizophrenien und schizotype Störungen wurden ebenso wie Persönlichkeitsstörungen nicht erfasst. Es wurden ein Interview zu Studienbeginn und ein zweites nach einem Jahr durchgeführt (Basiserhebung von Juli 1996 bis September 1997, Erhebung von Lebenszeitprävalenzen und aktuellen Diagnosen, T1; Follow-up-Untersuchung von Dezember 1997 bis Februar 1999, Erhebung von Störungen innerhalb des vergangenen Jahres [T1-T2] und aktuell [T2]). Die Interviewer (Diplom-Psychologen, Psychologiestudenten im letzten Ausbildungsjahr

oder Ärzte) wurden ausführlich geschult. Während der Befragungen erfolgten regelmäßig Supervisionen. Die auf diese Weise bestimmten DSM-IV-Diagnosen wurden in ICD-10-Diagnosen überführt. In der Folge wurden die Diagnosen (T1, T1-T2 und T2) mit den Krankenscheindiagnosen verglichen. Hierzu wurden im Untersuchungszeitraum (2 Jahre, Januar 1997 bis Dezember 1998) alle Krankenscheine und Verordnungen von 342 jungen Frauen, die bei der AOK versichert waren, gesichtet. Nur die AOK hatte einer kompletten Einsichtnahme in die Unterlagen zugestimmt. Von den übrigen Frauen lagen nur die vom Arzt auf den Krankenscheinen vergebenen Diagnosen vor. Diagnosen (Klartext oder verschlüsselt nach ICD-10) und Maßnahmen wurden in diesem 2-Jahres-Zeitraum betrachtet. Klartext-Diagnosen wurden in ICD-10-Diagnosen umgewandelt. Die anteiligen Krankenscheine verteilten sich bei AOK-Patientinnen und den anderen Kassen zugehörigen Frauen nahezu identisch, ohne signifikante Unterschiede (Tab. 1). Daher wurden für die Berechnungen nur die Daten der AOK-Patientinnen aufgrund ihrer Vollständigkeit herangezogen.

Tab. 1 Vergleich der Krankenscheinverteilungen auf Facharztgruppen zwischen AOK und den restlichen Krankenkassen

	Scheine		andere Krankenkassen	
	AOK	Anteile in %		Anteile in %
Allgemeinmediziner	867	23,4%	2 952	22,3%
Anästhesisten	1	0,0%	7	0,1%
Augenärzte	207	5,6%	735	5,6%
Chirurgen	106	2,9%	382	2,9%
Gynäkologen	1 391	37,5%	5 016	37,9%
Hautärzte	365	9,8%	1 192	9,0%
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	174	4,7%	603	4,6%
Humanmediziner	1	0,0%	9	0,1%
Internisten	222	6,0%	817	6,2%
Mund- und Kieferchirurgen	2	0,1%	13	0,1%
Notärzte	28	0,8%	119	0,9%
Nuklearmediziner	16	0,4%	38	0,3%
Orthopäden	89	2,4%	451	3,4%
Pädiater	24	0,6%	91	0,7%
Pathologen	20	0,5%	56	0,4%
Physiotherapeuten	2	0,1%	33	0,2%
Psychiater/Neurologen	29	0,8%	153	1,2%
Radiologen	137	3,7%	449	3,4%
Urologen	29	0,8%	123	0,9%
	3 710		13 239	

Die Auswertung erfolgte mittels einer relationalen Datenbank (Paradox 7.0, Borland).

Die beschriebenen Prävalenzen sind 2-Jahres-Prävalenzen. Während eines solch langen Zeitraums kann die Symptomatik von Erkrankungen wechseln, sich verändern, verschwinden. Für diese Arbeit wurde der Zeitraum jedoch bewusst so gewählt, um die Vergleichbarkeit der beiden Verfahren zu gewährleisten. Arbeiten, die sich speziell mit den Prävalenzen der psychischen Störungen dieser Stichprobe befassen, liegen vor [14].

Die Transformierung der manchmal vorhandenen Klartextdiagnosen der Ärzte in ICD-10-Diagnosen konnte oft nicht ganz exakt geschehen. Falls z. B. der Arzt „Depression“ diagnostiziert hatte, wurde in F32 verschlüsselt, so dass weder der Schweregrad noch evtl. rezidivierende Zustände oder bipolare Erkrankungen berücksichtigt werden konnten. In den meisten Fällen haben wir uns daher auf dreistellige ICD-10-Diagnosen beschränkt (FXX). Die Überführung der DSM-IV-Diagnosen des F-DIPS in ICD-10-Diagnosen erfolgte 1:1 [15].

Ergebnisse

Diagnosen

Alle im Untersuchungszeitraum gefundenen Diagnosen psychischer Störungen (F-DIPS) wurden allen Diagnosen psychischer Störungen der Krankenscheine gegenübergestellt. Etwa gleich viele Frauen hatten auf ihren Krankenscheinen und im F-DIPS eine psychiatrische Diagnose erhalten. Die Verteilung auf die einzelnen Diagnosegruppen zeigte teilweise Unterschiede.

Tab. 2 Psychiatrische ICD-10-Diagnosen der jungen Frauen (n = 342, Mehrfachnennungen möglich)

Diagnosen-Klartext	ICD-10	Krankenscheine	F-DIPS
keine psychiatrische Diagnose		53,2%	59,1%
psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F 1x	0,0%	2,0%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F 2x	0,0%	*
depressive Störungen	F 32	5,5%	5,8%
phobische Störungen	F 40	6,1%	29,8%
andere Angststörungen	F 41	5,0%	5,2%
Zwangsstörungen	F 42	0,8%	1,4%
Anpassungsstörungen	F 43	10,8%	4,3%
somatoforme Störungen	F 45	28,3%	3,8%
Essstörungen	F 50	1,5%	2,9%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F 60	1,7%	*
sexuelle Beziehungsstörungen	F 66.2	8,7%	*

* nicht durch F-DIPS erfasst

Übereinstimmung bestand auf den ersten Blick bei der Anzahl der Frauen ohne psychiatrische Diagnose. Der direkte Vergleich dieser Frauen relativierte dies (Tab. 3).

Ungefähr 60% der Frauen, die im F-DIPS keine Diagnose erhalten hatten, bekamen eine solche auch nie auf ihrem Krankenschein, umgekehrt waren es über zwei Drittel. Über 40% der jungen Frauen ohne psychische Störung (F-DIPS) erhielten mindestens eine psychiatrische Diagnose auf ihren Krankenscheinen, am häufigsten waren somatoforme Störungen genannt, gefolgt von akuten Belastungsreaktionen. Umgekehrt wies rund ein Drittel der Frauen, bei denen auf ihren Krankenscheinen während der acht Quartale nie eine psychische Störung diagnostiziert wurde, im F-DIPS Diagnosen auf, vorrangig phobische Störungen (rund die Hälfte der Diagnosen), außerdem waren akute Belastungsreaktionen und depressive Störungen zu finden.

Somit war die häufigste im F-DIPS bestimmte Störung die „phobische Störung“. Auf den Krankenscheinen hingegen wurden somatoforme Störungen überproportional oft diagnostiziert.

Die Frauen mit diesen „Hauptdiagnosen“ wurden hinsichtlich ihrer Störungen, die durch das jeweils andere Untersuchungsverfahren bestimmt worden waren, verglichen (Tab. 4).

Ausgehend von den Krankenscheindiagnosen (somatoforme Störung), hatte die Hälfte der Frauen laut F-DIPS keine psychische Störung, gut ein Drittel wies phobische Störungen auf. Auch depressive Störungen kamen mit knapp 10% häufig vor. Umgekehrt (F-DIPS-Diagnose: phobische Störung) hatte ein Drittel der Frauen auf dem Krankenschein die Diagnose einer somatoformen Störung erhalten, gefolgt von sexuellen Beziehungsstörungen, akuten Belastungsreaktionen und Depressionen.

Zuletzt wurden alle 75 Frauen, die in beiden Verfahren jeweils mindestens eine Diagnose erhalten hatten, hinsichtlich eventueller Übereinstimmungen der Diagnosen verglichen (Tab. 5).

15 Frauen hatten in beiden Verfahren dieselbe Diagnose, am höchsten war die Übereinstimmung bei den Diagnosegruppen „somatoforme Störung“ und „phobische Störung“.

Konsultierte Ärzte und Behandlung

Die jungen Frauen hatten im Untersuchungszeitraum ein breites Spektrum von Fachärzten aufgesucht (Tab. 6).

Tab. 3 Vergleich der Diagnosen von Frauen, die laut F-DIPS oder Krankenschein keine psychische Störung hatten, mit dem jeweiligen anderen Verfahren

Krankenscheindiagnosen der Frauen ohne F-DIPS-Diagnose (n = 203)		F-DIPS-Diagnosen der Frauen ohne psychische Störung laut Krankenschein (n = 182)	
Krankenscheindiagnosen ICD-10	2-Jahres-Prävalenz	F-DIPS-Diagnosen ICD-10	2-Jahres-Prävalenz
keine Diagnose	59,1%	keine Diagnose	65,9%
F 40	5,4%	F 32	4,9%
F 41	4,9%	F 40	25,8%
F 43	8,9%	F 43	5,5%
F 45	24,1%	andere	14,6%
F66	6,4%		
andere	19,5%		

Tab. 4 Vergleich der Hauptdiagnosen (F-DIPS und Krankenschein) mit dem jeweiligen anderen Verfahren

Krankenscheindiagnosen der Frauen mit phobischer Störung im F-DIPS (n = 102)		F-DIPS-Diagnosen der Frauen mit somatoformer Störung laut Krankenschein (n = 97)	
Krankenscheindiagnosen ICD-10	2-Jahres-Prävalenz	F-DIPS-Diagnosen ICD-10	2-Jahres-Prävalenz
keine Diagnose	46,1%	keine Diagnose	50,5%
F 45	33,3%	F 32	9,3%
F 66.2	12,7%	F 40	35,1%
F 32	10,8%	F 41	8,2%
F 40	6,9%	F 45	4,1%
F 43	11,8%	F 50	4,1%
andere	33,8%	andere	12,2%

Tab. 5 Gesamtübereinstimmung der Diagnosen (F-DIPS und Krankenschein; n = 75)

F-DIPS		Krankenscheine				
		F 32	F 40	F 41	F 43	F 45
Krankenscheine	F 32	3	11	2		3
	F 40		7	1	2	2
	F 41		5	1	2	
	F 43	4	11	7		5
	F 45	6	31	6	3	4
	F 66	2	13	3		

Tab. 6 Konsultierte Fachärzte (Mehrfachnennungen möglich)

Facharzt	Anteil der Frauen in % (n = 342)
Allgemeinärzte	71,0
Gynäkologen	55,2
Dermatologen	39,1
Notärzte	14,3
Nervenärzte	3,8
andere Fachärzte	71,3

Drei Viertel der jungen Frauen waren im 2-Jahres-Untersuchungszeitraum mindestens einmal bei einem Allgemeinmediziner gewesen, knapp 60% beim Frauenarzt und hatten eine Verordnung erhalten. 15% der Frauen wurden notärztlich behandelt. Nur ein geringer Anteil Frauen hatte einen Psychiater bzw. Nervenarzt aufgesucht.

Eine Überweisung an einen Psychotherapeuten erfolgte nur zweimal. Zentral wirksame Medikamente wurden hingegen durchaus verschrieben. Tab. 7 zeigt Unterschiede in der Häufigkeit der verschriebenen Medikation in Abhängigkeit vom Vorhandensein einer auf dem Krankenschein diagnostizierten psychischen Störung.

Die Frauen mit psychiatrischer Diagnose erhielten unabhängig von der betrachteten Stoffgruppe anteilig signifikant häufiger Psychopharmaka verordnet.

Tab. 7 Verschriebene zentral wirksame Medikation

verordnete Medikation (ATC-Code)	Frauen ohne psychiatrische Diagnose laut KS (n = 166)	Frauen mit psychiatrischer Diagnose laut KS (n = 158)
N05A Neuroleptika	3,6%	17,7% ²
N05B Hypnotika und Sedativa	1,8%	9,5%*
N06 Antidepressiva	3,0%	15,8%*

* χ^2 -Test: p<0,05

Diskussion

Die gefundenen Prävalenzen der psychischen Störungen/Diagnosen bei jungen Frauen unterschieden sich in Abhängigkeit von der Untersuchungsmethode (F-DIPS oder Krankenscheine). Der Vergleich mit anderen Studien hinsichtlich der Prävalenzen wird durch den gewählten Untersuchungszeitraum von zwei Jahren erschwert.

Verhältnismäßig hoch erscheint die 2-Jahres-Prävalenz für phobische Störungen (F 40) in der untersuchten Population (29%). Die Gesamtauswertung der F-DIPS-Befragung zeigte bei allen jungen Frauen (n = 1538) eine Gesamtprävalenz von 20,4% Frauen mit phobischer Störung bei der Basiserhebung (T1), 23,4% zum Zeitpunkt T2 sowie eine Lebenszeitprävalenz von 35,9% [14]. Es waren in dieser Studie generell etwas mehr Angststörungen und weniger affektive Störungen als in anderen vergleichbaren Untersuchungen zu finden [3, 5, 6, 16]. Bei einer Vielzahl der phobischen Störungen handelte es sich um spezifische isolierte Phobien (64,9%), wie z. B. Arachnophobie oder Spritzenphobie, phobische Störungen also, die oft nur in speziellen Situationen zum Tragen kommen. In diesen Fällen scheint es hauptsächlich ein Problem der Definition zu sein: Leidet man an einer psychischen Erkrankung, wenn die Diagnose einer sehr umschriebenen Phobie normalen Ausmaßes i. S. von Symptomatik nur bei direkter Konfrontation mit einem phobisch besetzten Objekt auftritt? Generell könnte jedoch auch eine sehr umschriebene phobische Störung Anzeichen einer gesteigerten Vulnerabilität für andere psychische Erkrankungen sein. 5,5% der jungen Frauen zeigten eine depressive Störung. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit anderen Studien bzw. etwas niedriger [7,

16. Depressive Störungen, die in der Adoleszenz erstmalig auftreten, persistieren häufig auch nach Übergang ins junge Erwachsenenalter, wie in einer 5-Jahres-Longitudinalstudie gezeigt wurde [17]. Die Prävalenz somatoformer Störungen in dieser Studie lag bei 3,7%. In der schon oben angeführten deutschen Studie lag die Lebenszeitprävalenz der 14–24-Jährigen bei 2,7% [5]. Unterschiedlich ist, dass bei letzterer beide Geschlechter in die Ergebnisse eingingen. Frauen leiden ungefähr doppelt so häufig wie Männer an somatoformen Störungen [18]. Die Prävalenz von Essstörungen stimmt in etwa mit anderen in der Literatur gefundenen Prävalenzraten überein [16].

Auf den Krankenscheinen war die Diagnose einer phobischen Störung vergleichsweise selten (ungefähr 9%). Wurde sie diagnostiziert, richtete sich die Art der phobischen Störung meist direkt auf eine körperliche Erkrankung bzw. auf eine mögliche Schwangerschaft (Karzinophobie: 50 Nennungen; Dymorphophobie des ungeborenen Kindes: 20 Nennungen; Gravidophobie: 64 Nennungen; bei insgesamt 143 Nennungen auf Krankenscheinen). Es ergeben sich mehrere Probleme. Zum einen können gemäß ICD-10 diese Störungen nicht als isolierte Phobien klassifiziert werden, da sich das phobische Objekt innerhalb der eigenen Person befindet (wie bei der Karzinophobie, die korrekterweise je nach Ausmaß als hypochondrische bzw. wahnhaftige Störung klassifiziert werden müsste [19]). Eine nachträgliche Umklassifizierung war nicht möglich, da das Ausmaß der Störung nicht bekannt war. Da sich die Dymorphophobie in allen Fällen auf das ungeborene Kind bezog (die Störung wurde ausschließlich bei schwangeren Frauen diagnostiziert), handelt es sich entweder um einen diagnostischen Grenzfall oder aber um eine Fehldiagnose. Eine Gravidophobie (Angst vor Schwangerschaft) konnte im ICD-10 nicht gefunden werden [19]. Es muss angezweifelt werden, ob die Diagnosekriterien für das Vorliegen einer Phobie bekannt waren. Ein Vergleich mit der Literatur erübrigt sich. Aus der Gruppe der affektiven Störungen wurden bei der untersuchten Population nur „Depressionen“ (F 32) diagnostiziert. Eine Unterteilung nach Schweregrad der Episode oder aber nach Häufigkeit (rezidivierende depressive Störung) wurde nicht getroffen. Allerdings bestand auch keine Pflicht hierzu. Im Untersuchungszeitraum war eine Klartextdiagnose ohne weitere Spezifizierung völlig ausreichend. Depressive Menschen machen ungefähr 11% der Klientel in der allgemeinärztlichen Praxis aus [19]. Nur die Hälfte der Störungen wird richtig diagnostiziert und behandelt [21]. Beachtenswert ist die hohe Prävalenz somatoformer Störungen (28%), allerdings nur solange man sie mit Prävalenzen, die in standardisierten diagnostischen Interviews bestimmt wurden, vergleicht (Lebenszeitprävalenz: 2,3%, 1-Jahres-Prävalenz: 1,3% [5]). In der allgemeinärztlichen Praxis werden auf der Basis von ärztlichen Angaben durchaus ähnlich hohe Prävalenzen gefunden [22, 23]. Auch gehören somatoforme Störungen generell zu den am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen in der allgemeinärztlichen Praxis. 2001 wurden diese Störungen sowohl von Frauenärzten als auch von Allgemeinmedizinern am häufigsten in Deutschland vergeben (Kassenärztliche Vereinigung, 2001). Die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 [19] fordern meist eine ausführliche somatische Abklärung, oft auch noch ein Zeitkriterium, i. S. einer bestimmten Dauer der Beschwerden. Die jungen Frauen mit somatoformer Störung hatten nicht mehr Untersuchungen als die Restgruppe (Frauen ohne oder mit anderer psychiatrischer

Diagnose) erhalten. Es ist zu vermuten, dass die Gruppe der somatoformen Störungen für die Ärzte eine Art Sammeldiagnose darstellt für Beschwerden ohne zu findendes morphologisches Korrelat. Auch sexuelle Beziehungsstörungen wurden häufig diagnostiziert (7,3%). Die Prävalenzraten für Störungen der Geschlechtsidentität werden bei Frauen sehr niedrig (0,003% [24] oder 0,002 [25]) geschätzt und Homosexualität tritt insgesamt bei ungefähr 5–10% der Bevölkerung auf (Prävalenzen von sexuellen Beziehungsstörungen konnten in der Literatur nicht gefunden werden). Daher muss an dieser Stelle vermutet werden, dass die Definition der sexuellen Beziehungsstörung (sexuelle Probleme in der Partnerschaft aufgrund einer Störung der Geschlechtsidentität oder der sexuellen Präferenz) nicht genau beachtet wurde. Schizophrenien oder verwandte Störungen (ICD-10: F 20.xx) wurden nicht diagnostiziert, obwohl die Erstmanifestation dieser Erkrankungen meist vor dem 30. Lebensjahr liegt. Ebenso wurden keine psychischen oder Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen diagnostiziert. Da im F-DIPS 2% der Frauen eine solche Diagnose erhielten, ist zu vermuten, dass die behandelnden Ärzte diese Störungen entweder nicht erkannten oder nicht auf dem Krankenschein mitteilen wollten.

Zwischen den Krankenschein- und F-DIPS-Diagnosen bestand nur eine geringe Übereinstimmung (4,6%). Die Untersuchungszeitpunkte waren verschieden. Die diagnostizierenden Ärzte waren in der Regel nicht spezialisiert auf psychische Störungen, sondern Allgemeinmediziner und Gynäkologen. Hinzu kommt ein Zeitproblem. Das deutsche Gesundheitssystem unterstützt lange Gespräche, die zu einer genaueren Exploration nötig wären, nicht finanziell (ausgenommen sind die Gespräche beim Psychotherapeuten). Der Punktwert für ein Patientengespräch, das mindestens 15 Minuten dauert, lag 1998 bei 450 Punkten, die Untersuchung einer schwangeren Frau war mit 1450 Punkten abrechenbar [26].

Mag die Relevanz von Krankenscheindiagnosen angezweifelt werden, so sollten sie doch kongruent zu den eingeleiteten Maßnahmen sein. Nur 2 Frauen haben eine Überweisung für eine Psychotherapie erhalten, nur 13 befanden sich in nervenärztlicher Behandlung (d. h., hiermit können auch neurologische Fachärzte gemeint sein). Häufiger hingegen wurden Psychopharmaka verordnet. Die Gruppe der Frauen mit diagnostizierter psychischer Störung laut Krankenschein erhielt anteilig jeweils 4–5-mal so häufig Psychopharmaka verordnet wie die Frauen ohne eine solche Diagnose. Bei geringer Übereinstimmung der Diagnosen (zwischen F-DIPS und Krankenscheinen) muss davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Frauen falsch bzw. sogar unnötig mediziert wurde.

Junge Frauen zwischen 18 und 25 Jahren zeigen ein breites Spektrum psychischer Störungen. Wie in diesem Alter zu erwarten, waren die am häufigsten konsultierten Ärzte Frauenärzte und Allgemeinmediziner. Beide Facharztgruppen tragen somit eine große Verantwortung, neben ihrem Fachgebiet auch psychische Störungen festzustellen und die Betroffenen in der Folge einer adäquaten Therapie zuzuführen, u. a. auch, um Chronifizierung zu vermeiden. Dazu sind sie den Ergebnissen dieser Studie zufolge nicht in der Lage. Eine bessere psychiatrische Ausbildung der hauptsächlich in der Allgemeinversorgung tätigen Ärzte scheint

dringend nötig. In erster Linie wäre ein diagnostisches Training erforderlich bzw. auch eine breitere Anwendung von validen Diagnose-Checklisten. Obwohl der Einsatz solcher Instrumente durchaus kontrovers diskutiert wird, scheint die Nützlichkeit und Evidenz von Screening-Verfahren, z.B. für eine der häufigsten psychischen Störungen in der hausärztlichen Praxis, die Depression, ausreichend belegt [27]. Nur bei Erkennen einer psychischen Störung kann eine adäquate Behandlung erfolgen. Ein letztes Fazit kann auch gezogen werden: Krankenscheindiagnosen psychischer Störungen (ausgenommen die von Psychiatern oder Psychotherapeuten vergebenen), ausgehend von den Ergebnissen dieser Untersuchung, sollten nicht für epidemiologische Studien über die Prävalenz psychischer Störungen herangezogen werden.

Literatur

- 1 Bebbington P, Hurry J, Tennant C et al. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med* 1981; 11: 561–79
- 2 Fichter M, Narrow W, Roper M et al. Sociodemographic factors and prevalence rates of mental illness in Germany and the United States. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 598–605
- 3 Üstün TB, Sartorius H. *Mental Illness in General Health Care*. New York: John Wiley, 1995
- 4 Kessler D, Breenwith O, Lewis G et al. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ* 2002; 325: 1016–1017
- 5 Wittchen H, Nelson C, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998; 28: 109–126
- 6 Offord DR, Boyle MH, Campbell D et al. One year prevalence of psychiatric disorders in Ontarians 15–64 years of age. *Can J Psychiat* 1996; 41: 559–563
- 7 Gesundheitsbericht für Deutschland. Depressionen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 1998
- 8 Murphy JM, Olivier DC, Sobol AM et al. Diagnosis and Outcome: Depression and anxiety in a general population. *Psychol Med* 1986; 16: 117–126
- 9 Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U et al. Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 2000; 71: 535–542
- 10 Weissmann M, Bland R, Canino G et al. Cross-National Epidemiology of Major depression and Bipolar Disorder. *JAMA* 1996; 276: 293–296
- 11 Wittchen HU, Müller N, Pfister H et al. Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Das Gesundheitswesen* 1999; 61: 216–222
- 12 Margraf J, Schneider S, Soeder U et al. *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (F-DIPS)*. Berlin: Springer, 1996
- 13 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA, 1994; 4th ed. DSM-IV
- 14 Becker ES, Türke V, Neumer S et al. Incidence and Prevalence Rates of mental Disorders in a community Sample of young Women: Results of the „Dresden Study“. In: Heeß-Erler G, Manz R, Kirch W (Hrsg). *Public Health Research and Practice: Report of the Public Health Research Association Saxony 1998–1999*. Regensburg: Roderer, 2000; 259–292
- 15 Schulte-Markwort M, Marutt K, Riedesser P. *Crosswalk ICD-10 – DSM IV. Klassifikation psychischer Störungen: eine Synopsis*. Hans Huber, 2002
- 16 Lewinsohn P, Hops H, Roberts R et al. Adolescent Psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Soc Psych* 1993; 102: 133–144
- 17 Rao U, Hammen C, Daley SE. Continuity of depression during the transition to adulthood: a 5-year longitudinal study of young women. *J Am Acad Child Psy* 1999; 38 (7): 908–915
- 18 Dilling H, Weyerer S, Castell R. *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: F. Enke, 1984
- 19 Dilling H, Mombour W, Schmidt M. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber, 1991
- 20 Jacobi F, Hofler M, Meister W et al. Prevalence, detection and prescribing behavior in depressive syndroms. A German federal family physician study. *Nervenarzt* 2002; 73: 651–658
- 21 Kessler R, McGonagle K, Zhao S et al. Lifetime and 12-month-prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiat* 1994; 51: 8–18
- 22 Weiffenbach O, Gänsicke M, Faust G et al. Psychische und Psychosomatische Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Ergebnisse und Konsequenzen einer WHO-Studie. *MMW* 1995; 137: 528–534
- 23 Zintl-Wiegand A, Schmidt-Maushardt C, Leisner R et al. *Psychische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinpraxen*. In: Häfner H (Hrsg). *Psychiatrische Epidemiologie*. Berlin: Springer, 1976
- 24 Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Arch Sex Behav* 1996; 25: 589–600
- 25 Osburg S, Weitz C. Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht und Psychiatrie* 1993; 11: 94–107
- 26 Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Leistungsverzeichnis zur Abrechnung kassen- und vertragsärztlicher Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1991
- 27 Hickie IB, Davenport TA, Ricci CS. Screening for depression in general practice and related medical settings. *Med J Aust* 2002; 177: 111–116