



Angst ist dem Menschen als natürliche Anpassungsleistung für das Überleben im Sinne der Gefahrenvermeidung mitgegeben. Bei Personen mit Angsterkrankungen bzw. Angststörungen sind die Angstreaktionen nicht mehr angemessen und führen zu erheblichen Beeinträchtigungen und Belastungen der Betroffenen.

In Deutschland wurden Häufigkeit, Auswirkungen und Versorgungssituation von Angststörungen erstmals im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) detailliert und bevölkerungsrepräsentativ erhoben. 14% der befragten Bundesbürger zwischen 18 und 65 Jahren erfüllen im Zeitraum von 12 Monaten die internationalen Diagnosekriterien für eine Angststörung, darunter deutlich mehr Frauen als Männer.

Angststörungen zählen aufgrund ihrer hohen Verbreitung, aber auch aufgrund hoher indirekter Kosten – vor allem durch Arbeitsausfall – zu den kostenintensiven Erkrankungen.

Zur Behandlung fast aller Angststörungen stehen seit einigen Jahren verschiedene, in ihrer kurz- und zum Teil auch langfristigen Effektivität gut gesicherte Therapieverfahren zur Verfügung, die von verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen angeboten werden.

Allerdings gibt nur etwa die Hälfte aller Betroffenen mit einer im BGS98 diagnostizierten Angsterkrankung an, wegen ihrer Angstbeschwerden professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Verbesserung sowohl der Erkennensraten (z.B. beim Hausarzt) als auch die effizientere Verzahnung der hausärztlichen Versorgung mit spezialisierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen stellen daher eine beträchtliche Herausforderung dar.



Heft 21 Angststörungen



Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 21

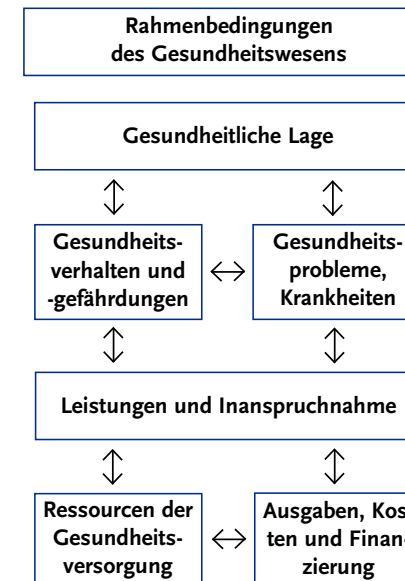
Angststörungen

Autoren: Hans-Ulrich Wittchen und Frank Jacobi

Herausgeber: Robert Koch-Institut

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) liefert daten- und indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens.



Als dynamisches und in ständiger Aktualisierung begriffenes System bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Informationen zu den Themenfeldern in Form sich ergänzender und aufeinander beziehender Produkte an:

- ▶ Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ In den Themenheften werden spezifische Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem handlungsorientiert und übersichtlich präsentiert. Jedes Themenheft lässt sich einem der GBE-Themenfelder zuordnen; der innere Aufbau folgt ebenfalls der Struktur der Themenfelder. Somit bieten die Themenfelder der GBE sowohl den Rahmen als auch die Gliederung für die Einzelhefte. Inhaltlich zusammengehörende Themen können ge-

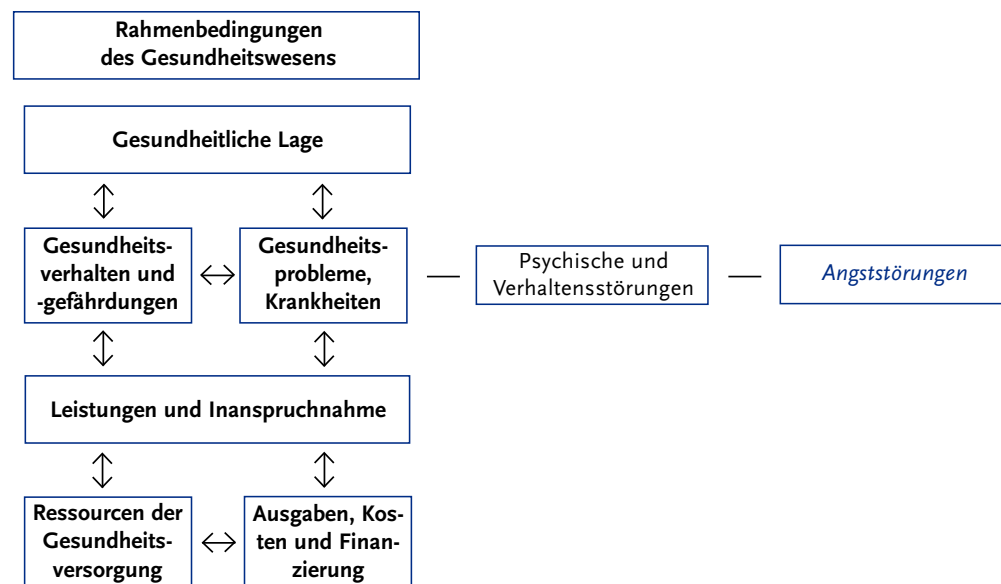
bündelt und gemeinsam herausgegeben werden. Die fortlaufende Erscheinungsweise gewährleistet Aktualität. Die Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Expertinnen und Experten aus dem jeweiligen Bereich. www.rki.de/GBE/GBE.HTM

- ▶ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liefert als Online-Datenbank schnell, kompakt und transparent gesundheitsrelevante Informationen zu allen Themenfeldern der Gesundheitsberichterstattung. Die Informationen werden in Form von individuell gestaltbaren Tabellen, übersichtlichen Grafiken, verständlichen Texten und präzisen Definitionen bereitgestellt und können heruntergeladen werden. Das System wird ständig ausgebaut. Derzeit sind aktuelle Informationen aus über 100 Datenquellen abrufbar. Zusätzlich können über dieses System die GBE-Themenhefte und die Inhalte aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland (Hrsg. Statistisches Bundesamt, Stuttgart, 1998) abgerufen werden. www.gbe-bund.de
- ▶ Schwerpunktberichte
 - ▶ In den Schwerpunktberichten werden spezielle Themen der Gesundheit und des Gesundheitssystems detailliert und umfassend beschrieben.

Die Aussagen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Auf diese Weise stellt die GBE des Bundes eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit und bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.

Der Leser- und Nutzerkreis der GBE-Produkte ist breit gefächert: Angesprochen sind Gesundheitspolitikerinnen und -politiker, Expertinnen und Experten in wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und die Fachöffentlichkeit. Zur Zielgruppe gehören auch Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher und ihre jeweiligen Verbände.

Das vorliegende Heft 21 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes »Angststörungen« lässt sich folgendermaßen in das Gesamtspektrum der Themenfelder einordnen:



Bislang erschienen:

Themenhefte der GBE

Heft 1 »Schutzimpfungen«

Heft 2 »Sterbebegleitung«

Heft 3 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«

Heft 4 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«

Heft 5 »Medizinische Behandlungsfehler«

Heft 6 »Lebensmittelbedingte Erkrankungen«

Heft 7 »Chronische Schmerzen«

Heft 8 »Nosokomiale Infektionen«

Heft 9 »Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin«

Heft 10 »Gesundheit im Alter«

Heft 11 »Schuppenflechte«

Heft 12 »Dekubitus«

Heft 13 »Arbeitslosigkeit und Gesundheit«

Heft 14 »Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter«

Heft 15 »Hepatitis C«

Heft 16 »Übergewicht und Adipositas«

Heft 17 »Organtransplantation und Organspende«

Heft 18 »Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten«

Heft 19 »Heimtierhaltung – Chancen und Risiken für die Gesundheit«

Heft 20 »Ungewollte Kinderlosigkeit«

Adressen:

Robert Koch-Institut

Gesundheitsberichterstattung

Postfach 650261

13302 Berlin

Tel.: 018 88.754-34 00

Fax: 018 88.754-35 13

gbe@rki.de

www.rki.de/GBE/GBE.HTM

Statistisches Bundesamt

Zweigstelle Bonn

Informations- und Dokumentationszentrum

Gesundheitsdaten

Graurheindorfer Straße 198

53117 Bonn

Tel.: 018 88.644-81 21

Fax: 018 88.644-89 96

gbe-bund@destatis.de

www.gbe-bund.de

Schwerpunktbericht der GBE

► Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Angststörungen

Einleitung

Angst ist die natürliche Reaktion des Menschen auf Gefahren. Sie äußert sich auf allen Ebenen unseres Verhaltens und Erlebens:

- ▶ im kognitiven und emotionalen Bereich: dies betrifft Denken, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und gefühlsmäßiges Erleben, z. B. Einengung der Wahrnehmung auf gefahrenrelevante Reize, Einengung des Denkens und Fühlens bei Befürchtungen, selektives Lernen und Erinnern,
- ▶ im Verhalten: meist Flucht oder Vermeidung und
- ▶ auf der körperlichen Ebene: Alarmreaktionen im sympathischen Nervensystem mit Symptomen wie z. B. Herzrasen, Schwitzen, Beschleunigung des Atmens, Zittern.

Angst ist dem Menschen einerseits als natürliche Anpassungsleistung mitgegeben und für das Überleben im Sinne der Vermeidung von Gefahren sinnvoll. Andererseits existieren Phänomene, die heutzutage als Angsterkrankungen bzw. Angststörungen¹ bezeichnet werden. Hierzu zählen verschiedene Krankheitsbilder, denen gemeinsam eine andauernde Störung und Fehlsteuerung des Angst-Stress-Reaktionssystems zugrunde liegt. Bei Angststörungen sind die Angstreaktionen nicht mehr angemessen und führen zu erheblichen Beeinträchtigungen und Belastungen der Betroffenen. Das Problem besteht zudem darin, dass bei Angststörungen die Angst eine Eigendynamik entwickelt, welche die Störung permanent aufrechterhält und letztendlich nichts mehr mit »Realängsten« zu tun hat. Nicht nur die Angst in nicht wirklich gefährlichen Situationen ist unangemessen übersteigert (»Angstanfälle«, »Panikattacken«), auch die ausgeprägte Erwartungsangst (»Angst vor der Angst«) führt zu einer eingeschränkten Lebensführung und meist zu emotionalen Folgeproblemen. (Hinweise zur vertiefenden Literatur zum Thema Angststörungen sind im Anhang des Heftes zu finden.)

Angststörungen sind außerordentlich weit verbreitet. Oftmals sind sie mit bedeutsamen Beeinträchtigungen des Alltagslebens der Betroffenen verbunden, die sich auch in Arbeitsunfähigkeit äußern können. Angststörungen müssen daher als ausgesprochen teure Störungsbilder betrachtet werden.

Die große klinische und gesundheitsökonomische Bedeutung der Angststörungen ist aber erst seit Beginn der 80er Jahre schrittweise durch Grundlagen- und klinische Studien, sowie durch epidemiologische und gesundheitsökonomische Studien zu einzelnen Formen der Erkrankung erkannt worden. In der Folge wurden effektive störungsspezifische, pharmakologische und psychotherapeutische Verfahren entwickelt und implementiert. Angesichts der kurzen Zeitspanne kann es nicht überraschen, dass die klinisch-medizinische Routine-Dokumentation, wie auch die statistische Erfassung dieser Störungsbilder bei Kosten- und Versicherungsträgern nur langsam – bzw. zum Teil noch gar nicht – der veränderten und wesentlich sensibleren neuen diagnostischen ICD-10 Klassifikation der Angststörungen Rechnung getragen haben. Deshalb stützt sich die Darstellung schwerpunktmäßig auf neuere klinische und epidemiologische Befunde, insbesondere die des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) mit seinem Zusatzsurvey »Psychische Störungen«.

¹ Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass den psychischen im Gegensatz zu den meisten somatischen Erkrankungen kein klar definierbarer pathophysiologischer Prozess oder Defekt zugrunde liegt, sowie um die Wichtigkeit auch psychologischer und sozialer Faktoren (im Sinne der bio-psycho-sozialen Krankheitsdefinition der WHO) zu betonen, wird im Folgenden der mittlerweile in der Wissenschaft etablierte neutralere Begriff der Angststörung gewählt.

Merkmale ausgewählter Angststörungen

Bei der Beschreibung und Einordnung von Angststörungen stellt die Entwicklung einheitlicher diagnostischer Leitlinien in den letzten Jahrzehnten einen bedeutenden Fortschritt dar, da es im Laufe der vergangenen 100 Jahre zu einer unübersichtlichen und verwirrenden Vielzahl von Begrifflichkeiten gekommen war. Zur Veranschaulichung soll hier eine Auswahl der Bezeichnungen für scheinbar unerklärliche Angstzustände wiedergegeben werden [1]: Angstneurose, Angsthysterie, frei flottierende Angst, Herzneurose, Platzangst, Klaustrophobie – und vieles mehr. Die Diagnose hing häufig vor allem von der Spezialisierung des jeweiligen Diagnostikers ab. Dieses Problem versucht man heute durch eine einheitliche und verbindliche Klassifikation psychischer Störungen zu lösen, sowie durch nachvollziehbare Regeln, wie die für die Klassifikation notwendigen Informationen zu erheben sind (z. B. mit diagnostischen Interviews oder Fragebögen).

Die Kriterien dafür, wann eine bestimmte Diagnose vorliegt, finden sich in Klassifikationssystemen wie der (in Europa gebräuchlichen) International Classification of Diseases (ICD) [2] und dem (amerikanischen) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) [3]. Dort werden die Art, die Ausprägung und die Dauer der gestörten Angstreaktionen hinsichtlich zwingend notwendiger somatischer, psychischer und Verhaltenskriterien ebenso spezifiziert, wie die zur Diagnosevergabe erforderlichen Kriterien auf der Ebene der resultierenden Einschränkungen und Behinderungen.

Ist danach eine Diagnose gegeben, so handelt es sich nach der deutschen Sozialgesetzgebung (SGB V) um eine Störung mit Krankheitswert, deren Behandlung dann zur Regelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Damit hat die Diagnostik eine unmittelbare versorgungspraktische und auch juristische Relevanz.

Die heutige Diagnostik differenziert die frühere »Angstneurose« in:

- ▶ die Panikstörung und
- ▶ die generalisierte Angststörung sowie
- ▶ verschiedene Mischbilder.

Zugleich werden die früheren »phobischen Neurosen« unterteilt in:

- ▶ die Agoraphobie,
- ▶ die soziale Phobie,
- ▶ die spezifische (isolierte) Phobie und
- ▶ sonstige phobische Störungen.

Panikstörung

Die Panikstörung (früher auch klinisch unscharf z. B. »Herzneurose« genannt) ist eine in der Regel schwerwiegende Erkrankung, die durch wiederkehrende, unerwartete und für die Betroffenen nicht erklärbare Panikattacken charakterisiert ist. Unter einer Panikattacke versteht man ein kurzzeitiges, plötzlich und unerwartet (ohne Erklärung und ohne somatische Auslöser), abrupt auftretendes Beschwerdebild, in dessen Vordergrund eine überwältigend starke Angstreaktion steht. Die Attacke setzt unvermittelt ein und steigert sich in wenigen Minuten zu ihrem Höhepunkt. Dabei treten charakteristische Symptome, zumeist in Form von Herzklopfen oder Herzrasen, Atemnot oder Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, Erstickengefühle und Schwindel auf. Verbunden damit ist häufig die Angst, verrückt zu werden, die Kontrolle zu verlieren oder einen körperlichen Zusammenbruch zu erleiden, bis hin zur Todesangst. In der Folge entwickeln sich ständige und langandauernde Sorgen und die Erwartungsangst vor dem Auftreten weiterer Attacken, sowie über mögliche Begleiterscheinungen oder Konsequenzen der Panikattacken. Differentialdiagnostisch sind sowohl organische Ursachen (z. B. Schilddrüsenüberfunktion) wie auch Nebenwirkungen von Medikamenten oder Substanzkonsum (z. B. Amphetamine) auszuschließen.

Das Ersterkrankungsalter variiert beträchtlich, liegt aber typischerweise in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter. Wahrscheinlich ist eine bimodale (zweigipflige) Verteilung mit einem Gipfel

im späteren Jugendalter und einem zweiten, niedrigeren, Ende der 3. Lebensdekade. Ein Beginn in der Kindheit oder jenseits des 45. Lebensjahres ist selten. Erinnerungsberichte von Patienten legen nahe, dass der typische Verlauf chronisch, aber schwankend ist. Die meisten Menschen mit einer Panikstörung entwickeln offensichtlich – zeitlich sekundär – auch eine Agoraphobie (s. u.). Zugleich wird bei Patienten mit einer Panikstörung ein stark erhöhtes Risiko für depressive Episoden berichtet [4].

Agoraphobie

Unter Agoraphobie (die eigentliche Bedeutung des Begriffs ist »Platzangst«) versteht man die Angst vor oder das Vermeiden von Orten oder Situationen. Den Betroffenen erscheint dabei eine Flucht im Falle des Auftretens panikähnlicher oder potenziell gefährlicher Körperreaktionen schwierig oder sie gehen davon aus, dass in diesen Situationen keine Hilfe verfügbar wäre. Typisch angstauslösend sind z. B. öffentliche Plätze, Menschenmengen, das Anstellen in einer Warteschlange, Reisen im Bus, Zug oder Auto sowie alleine außer Haus zu sein. Die Agoraphobie führt ähnlich wie die Panikstörung, mit der sie häufig gemeinsam auftritt, zu zumeist dauerhaften und ohne Therapie jahrzehntelang andauernden und zunehmenden Einschränkungen in der Lebensführung. Die Vermeidung bestimmter Situationen kann etwa die Möglichkeiten der Betroffenen beeinträchtigen, zur Arbeit zu fahren oder Haushaltspflichten zu übernehmen. Agoraphobien beginnen im Durchschnitt mit etwa 26 Jahren, meist in Folge von oder assoziiert mit wiederholten Panikattacken und nehmen unbehandelt häufig einen chronischen Verlauf [5].

Generalisierte Angststörung

Die Generalisierte Angststörung (früher auch klinisch unscharf »vegetative Dystonie« und »frei flottierende Angst« genannt) ist durch langandauernde (mindestens 6 Monate), exzessive Ängste, Sorgen und Anspannungsgefühle (Gefühl drohenden Unheils) gekennzeichnet, die sich in der Regel auf eine Vielzahl von Lebensumständen, Alltagssituationen und gewöhnliche Probleme beziehen.

Betroffene haben keine Kontrolle mehr über die Dauer und Häufigkeit dieser Sorgen und Empfindungen. Dabei tritt ein charakteristisches und anhaltendes Muster von oft kurzzeitig wechselnden kognitiven, motorischen und vegetativen Symptomen auf, wobei ein erhöhtes Erregungsniveau in Körper und Psyche (Hyperarousal) dominiert (z. B. Schlafstörungen, nervöse Anspannungsgefühle, Reizbarkeit). Die generalisierte Angststörung beginnt im Gegensatz zur Panikstörung zumeist später (Alter bei Erstmanifestation: Mitte der 2. bis 5. Dekade), oft langsam und schleichend. Der Verlauf ist fast immer chronisch, allerdings durchaus Schwankungen unterworfen und verschlechtert sich häufig in Belastungssituationen.

Soziale Phobie

Als soziale Phobie werden klinisch bedeutsame, anhaltende Angst- und Vermeidungsreaktionen bezeichnet, die durch die tatsächliche oder befürchtete Konfrontation mit bestimmten Arten von sozialen- oder Leistungssituationen ausgelöst werden. Die Betroffenen erleben bei tatsächlicher oder bevorstehender Konfrontation mit den befürchteten Situationen Angstreaktionen, die sich bis zur Panikattacke entwickeln können. Typische Auslösersituationen sind z. B. sich in Gegenwart anderer zu äußern, vor anderen zu sprechen, zu essen, zu schreiben, oder an Veranstaltungen, geselligen Kontakten oder Prüfungen teilzunehmen. Die Betroffenen weisen deutlich ausgeprägtes Leiden und/oder massive Einschränkungen in ihrer beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit auf und sind in der Lage zu erkennen, dass ihre Angst übertrieben oder unbegründet ist. Somit ist die soziale Phobie von häufig anzutreffender einfacher »Schüchternheit« abzugrenzen. Sie tritt zumeist in generalisierter, also fast alle sozialen Situationen umfassender Form auf, kann aber auch isoliert vorkommen (Bühnenangst, Prüfungsangst). Das Erstauftretensalter für die Soziale Phobie liegt in der Regel im frühen bis späten Jugendalter, ein Störungsbeginn nach dem 25. Lebensjahr ist eher selten [5]. Unbehandelte Soziale Phobien dauern häufig lebenslang an. Das Ausmaß der assoziierten Beeinträchtigung ist höchst variabel und kann mit Belastungsfaktoren und Lebensveränderungen schwanken.

Spezifische Phobien

Unter einer Spezifischen Phobie versteht man eine dauerhafte, unangemessene und intensive Furcht und Vermeidung von spezifischen Objekten oder Situationen. Ausgenommen sind Furcht vor plötzlichen Angstanfällen (Paniksyndrom) und vor sozialen Situationen (Sozialphobie). Die häufigsten Phobien betreffen Tiere (z. B. Spinnen, Schlangen, Hunde, Ratten), Höhen, das Fliegen, zahnärztliche Behandlung, enge Räume sowie den Anblick von Blut, Verletzungen oder Spritzen.

Bei Phobikern sind diese weit verbreiteten Ängste so stark, dass sie die normale Lebensführung beeinträchtigen und ausgeprägte Leidenszustände verursachen. Konfrontation mit den spezifischen Gegenständen und Konstellationen löst fast immer eine sofortige Angst aus. Kommt es zu keiner vollständigen Vermeidung, kann die angstbesetzte Situation – allerdings unter extremer Angst – ertragen werden. Die zentralen Befürchtungen betreffen typischerweise direkt mögliche vom phobischen Objekt ausgehende Gefahren (z. B. Flugzeugabsturz, Hundebiss). Im Gegensatz dazu befürchten Agoraphobiker v.a. Angstanfälle und ihre Konsequenzen, Sozialphobiker die negative Bewertung (Ablehnung) durch andere. Die Betroffenen leiden häufig unter mehrfachen spezifischen Phobien. Das Ersterkrankungsalter spezifischer Phobien hängt von der Art der spezifischen Phobie ab, liegt jedoch bei über 80 % der Betroffenen deutlich vor dem 20. Lebensjahr [6].

Krankheitsursachen und Risikomerkmale

Die Ursachen der Angststörungen sind bislang nur in Ansätzen geklärt; zudem scheinen den verschiedenen Angststörungen unterschiedliche Risikokonstellationen zugrunde zu liegen.

Allgemein wird bei allen Angststörungen eine Fehlsteuerung des an sich normalen Angst-Stress-(Kampf-/Flucht-) Mechanismus angenommen. Dabei wird davon ausgegangen, dass das typischerweise auftretende Vermeidungsverhalten eine langdauernde Verfestigung der ersten z. B. durch unangenehme Erlebnisse erlernten (konditionierten) Angstreaktionen bewirkt.

Dieser Mechanismus wird auch für die bei Angststörungen typische Tendenz von anfangs

chronisch-milden, später schwereren Langzeitverlauf verantwortlich gemacht, bei dem es ohne Behandlung nur selten zur vollständigen Heilung kommt (niedrige Spontanremissionsrate).

Es werden psychosoziale, psychologische, genetische und biologische Ursachen für die Angststörungen diskutiert. Gesichert erscheint ein meist moderater familiärer Einfluss. Hierzu zählen u. a. bestimmte familiär vermittelte Temperamentsmerkmale, aber auch, vermutlich über familiäre Faktoren mitvermittelte, ungünstige Denkstile und Fehlannahmen. Das kann sich in der Überschätzung realer Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Gefahren, übermäßigem Sicherheitsdenken und Kontrollbedürfnis, einer hohen Sensibilität für »Peinlichkeit« und dergleichen mehr äußern. Insbesondere für die Panikstörung und die generalisierte Angststörung erfolgt eine Auslösung über akute sowie chronische psychosoziale Stresssituationen.

Für einige Angststörungen (z. B. Panikstörung und generalisierte Angst) gibt es Hinweise auf einen ausgeprägteren familiengenetischen Einfluss.

Veränderungen im Zusammenspiel der verschiedenen Botenstoffe des Gehirns sind bislang für die Panik- und generalisierte Angststörung sowie für soziale Phobien beobachtet worden, wie sie häufig auch bei Depressionen auftreten. Depressionen unterscheiden sich zwar von Angststörungen hinsichtlich der Symptome und des klinischen Bildes; sie treten aber häufig gemeinsam mit – bzw. in der Folge von – Angststörungen auf (Komorbidität, s. u.). Frauen haben ein zweifach erhöhtes Risiko gegenüber Männern, an einer Angststörung zu erkranken (siehe geschlechtsspezifische Besonderheiten).

Langfristig sind alle Angststörungen, insbesondere aber die generalisierte Angststörung, die Panikstörung und die Agoraphobie mit gravierend erhöhten Risiken für eine dauerhafte Einschränkung der Lebensqualität und der Arbeitsproduktivität verbunden. Ebenso besteht ein erhöhtes Risiko, arbeitslos zu werden sowie ein diagnosenabhängig drei- bis sechsfach erhöhtes Risiko für die Entwicklung sekundärer Depressionen. Zudem haben neuere Studien für Angststörungen ein vergleichbar hohes Suizidrisiko wie einfache (nicht-komorbide) Depressionen aufweist [7, 8].

Verbreitung

Die Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98), und dessen Zusatzsurvey »Psychische Störungen« [9] lieferten erstmals repräsentative Zahlen zur Verbreitung von psychischen Störungen in Deutschland. Wie eingangs erwähnt, liegt dies zum Teil daran, dass es für die Angststörungen, aber auch für andere psychische Störungen, bis in die 80er Jahre hinein kaum verbindliche gültige und zuverlässige Diagnosen und Instrumente zu deren Erfassung gab. Bisherige administrative Daten subsummierten Angststörungen meist unvollständig unter »psychische Störungen« oder »psychiatrische Erkrankungen« allgemein und beruhten meist auf unzulänglicher Erhebungsmethodik.

Aufbauend auf den Datensatz des Bundes-Gesundheitssurveys² wurden in einem 2-Stufen-Design zunächst alle 7.124 Teilnehmer des Kernsurveys, mit einem Screening-Fragebogen (CID-S) und daraufhin 4.181 Probanden im Alter von 18 bis 65 Jahren (100 % der Screen-Positiven und 50 % der Screen-Negativen) mit dem Composite International Diagnostic Interview (DIA-X-CIDI) untersucht. Die Ausschöpfungsrate betrug 87,6 %. Es handelt sich um eine Bevölkerungsuntersuchung, die auf Grundlage von Einwohnermelderegistern eine repräsentative Zufallsauswahl der deutschen Wohnbevölkerung darstellt.

Ziel der Untersuchung war es, eine verlässliche Abschätzung der Häufigkeit (Prävalenz) folgender psychischer Störungen in Deutschland zu ermitteln :

- ▶ affektive Störungen:
 - ▶ bezeichnen Veränderungen in Stimmung und Antrieb, dazu zählen u. a. manische und depressive Episoden, aber auch die klassische Form der Depression mit einer schweren Verlaufsform (Major Depressive Disorder)
- ▶ somatoforme Störungen:
 - ▶ bezeichnen psychogene Störungen mit wiederholtem Auftreten körperlicher Symptomen, obwohl wiederholte negative Ergebnisse und die ärztliche Versicherung, dass die Symptome nicht oder nicht vollständig körperlich begründbar sind, vorliegen
- ▶ und Angststörungen.

Ebenso sollte die Häufigkeit dieser Störungen in den verschiedenen Altersgruppen bei Männern und Frauen und mögliche Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern festgestellt werden. Auch die Frage, welche Auswirkungen psychische Störungen auf die Arbeitsproduktivität haben, wurde untersucht.

Das im Zusatzsurvey »Psychische Störungen« eingesetzte Fallfindungsinstrument, ein klinisches Interview für psychische Störungen, das über die WHO mittlerweile weltweite Verbreitung erfahren hat [10, 11], ist für bevölkerungsrepräsentative Studien besonders geeignet.

Häufigkeit von Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung

Nach den Befunden des BGS98 ergibt sich, dass 14,2 % der Befragten im Alter von 18 bis 65 Jahren (das entspricht hochgerechnet 6,91 Millionen der 18- bis 65-jährigen deutschen Wohnbevölkerung) im Zeitraum von einem Jahr unter einer klinisch relevanten Angststörung leiden (12-Monatsprävalenz). Frauen erkranken mit geringen diagnosenbezogenen Unterschieden in etwa doppelt so häufig wie Männer (siehe Abbildung 1).

Die Lebenszeitprävalenz, d. h. der Anteil derjenigen, die irgendwann im Laufe ihres Lebens einmal von einer Angststörung betroffen waren, wurde aufgrund erhebungsmethodischer Schwierigkeiten nur für Panikstörungen (3,9 %) [12] ermittelt. Aber Ergebnisse aus anderen Ländern (z. B. Niederlande: ca. 20 %) [13] weisen auf eine relativ geringfügige Differenz zwischen 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz hin. Dies deutet, im Gegensatz zu den oft episodisch verlaufenden Depressionen, den zumeist chronischen Verlauf von Angststörungen an. Einen weiteren indirekten Hinweis für einen chronischen Verlauf liefert die Tatsache, dass im Altersbereich von 18 bis 65 Jahren Angststörungen in allen Altersgruppen etwa gleich häufig zu finden sind. Diese Befunde stehen in Übereinstimmung mit anderen aktuellen nationalen und internationalen Studien zur Präva-

² Nähere Informationen zum BGS98 können dem Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes »Bundes-Gesundheitssurvey – Bausteine der Gesundheitssurvey-ance Deutschland« entnommen werden.

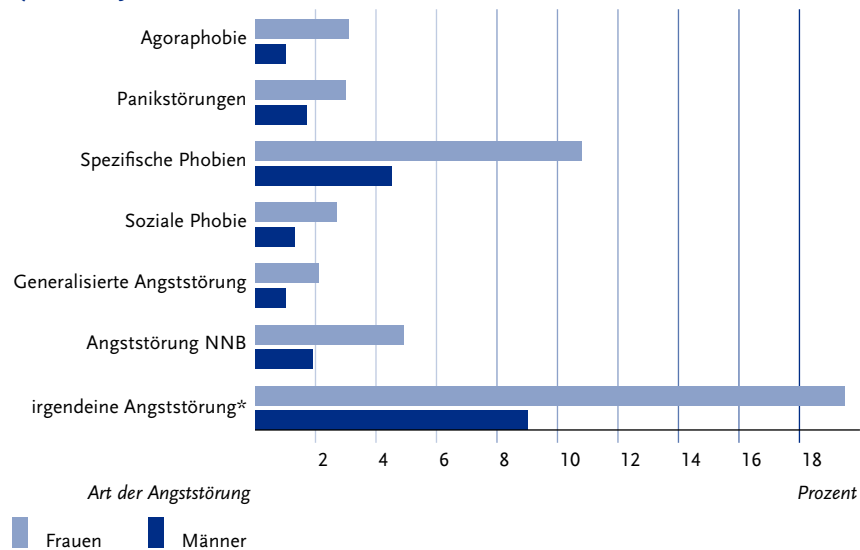
lenz von Angststörungen (Überblick bei [14]). Entgegen einzelnen Befunden Anfang der 90er Jahre [15] ergeben sich keine Hinweise darauf, dass Angststörungen in den neuen Bundesländern häufiger als in den alten Bundesländern auftreten [9, 14]. Ebenso ergeben sich hinsichtlich der Prävalenz nur geringfügige Schwankungen nach anderen regionalen Einteilungsgesichtspunkten (z. B. Stadt versus Land).

Hinsichtlich der spezifischen Angststörungen sind die oft akut weniger beeinträchtigenden spezifischen (isolierten) Phobien, gefolgt von den nicht näher bezeichneten Angststörungen (Angststörungen NNB), sowie den zumeist stärker beeinträchtigenden Panikstörungen und den sozialen Phobien am häufigsten.

Zu beachten ist, dass bei allen Angststörungen ein erheblich erhöhtes Risiko für Komorbidität besteht, das heißt dem gleichzeitigen Auftreten verschiedener Angststörungen, wie auch dem Auftreten anderer psychischer Störungen bei einer Person: Fast ein Drittel aller Betroffenen mit einer Angststörung leiden aktuell unter mehreren Angststörungen, und nahezu 50 % der Betroffenen mit einer Angststörung haben auch weitere Erkrankungen aus dem Bereich der affektiven, somatoformen oder Suchtstörungen. Besonders häufig ist die regelhafte Komorbidität von Panikstörungen mit Agoraphobie und spezifischen Phobien sowie das allgemein erhöhte Risiko von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen, eine depressive Störung zu entwickeln.

Abbildung 1
12-Monats-Prävalenz von Angststörungen (nach DMS-IV) bei Männern und Frauen

Angabe in gewichteten Prozent
Quelle: BGS 98



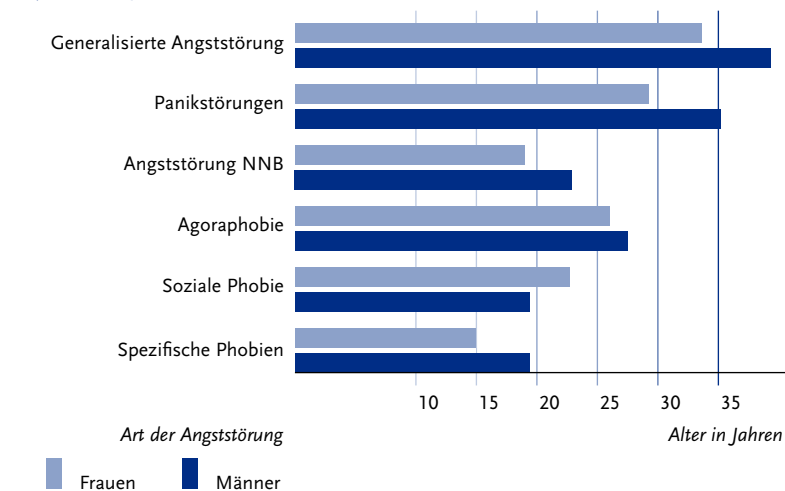
* ohne Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung

Schweregrad der Angststörungen

Angststörungen können in ihrem Spontanverlauf, dem Ausmaß verbundener Behinderungen, sowie ihrem aktuellen klinischen Schweregrad und dem Therapiebedarf erheblich variieren. Im BGS 98 wurde für die überwiegende Mehrzahl aller Personen mit einer Diagnose Panikstörung, generalisierte Angst oder soziale Phobie schwerste Beeinträchtigungen (Arbeitsunfähigkeit) festgestellt (siehe Arbeitsproduktivität und Ausfalltage). Spezifische Phobien wiesen mehrheitlich keine akut gravierenden Beeinträchtigungen auf, die nach Expertenmeinung unmittelbaren therapeutischen Handlungsbedarf angezeigt hätten. Diese erhebliche Variabilität des Schweregrades kann, neben dem wechselhaften Spontanverlauf der jeweiligen Störung, im wesentlichen durch gleichzeitig vorliegende psychosoziale Belastungsfaktoren erklärt werden. Ebenso spielt das Ausmaß aktueller Komorbidität mit zusätzlichen Angststörungen wie auch mit depressiven Ereignissen eine entscheidende Rolle.

Abbildung 2
Durchschnittliches Alter bei Beginn von Angststörungen bei Männern und Frauen

Angabe in Jahren
Quelle: BGS 98



Ersterkrankungsalter bei Angststörungen

Angststörungen beginnen mit wenigen Ausnahmen in der 2. bis 4. Dekade (siehe Abbildung 2). Unter dem Vorbehalt retrospektiver Erinnerungsverzerrungen zeigen die BGS 98-Befunde, dass nahezu 60 % aller Angststörungen sich erstmals vor dem 21. Lebensjahr manifestieren. Für die Spezifischen Phobien ergab sich das niedrigste mittlere Ersterkrankungsalter (16 Jahre), gefolgt von den Sozialen Phobien (21 Jahre). Deutlich später – mit einem mittleren Ersterkrankungsalter von 26 und 31 Jahren – treten die Agoraphobie und die Panikstörung, bei Männern etwas später als bei Frauen, erstmalig auf. Generalisierte Angststörungen sind bei unter 20-Jährigen selten und zeigen das höchste mittlere Ersterkrankungsalter von 35 Jahren.

Diese retrospektiven Angaben sind aufgrund von Gedächtniseffekten eher als obere Schätzwerte anzusehen. Befunde aus Studien, bei denen nicht rückwirkend gefragt wurde, sondern Jugendliche und junge Erwachsene in regelmäßigen Abständen untersucht wurden (prospektive Längsschnittstudien) haben ergeben, dass mit Ausnahme der Generalisierten Angststörung sich bei nahezu 85 % aller Betroffenen die Erkrankung erstmalig in der Adoleszenz manifestiert.

Komorbidität von Angststörungen mit anderen psychischen Erkrankungen

Angststörungen treten überzufällig häufig gleichzeitig mit anderen Formen psychischer Störungen auf (Komorbidität). Nach den Befunden des BGS 98 sind sie gleichzeitig bei depressiven Erkrankungen (31 % aller Angststörungen), bei somatoformen Störungen (25 %), sowie der Alkoholabhängigkeit (10 %) zu beobachten. In Übereinstimmung mit Daten aus prospektiven Längsschnittstudien [16] entwickelt sich die überwiegende Mehrzahl der komorbiden Störungen offensichtlich erst Jahre nach Beginn der Angststörung.

Besonders ausgeprägt ist das Risiko für sekundäre komorbide Störungen bei der Panikstörung (Depression: 52 %, somatoforme Störungen: 37 %, Alkoholabhängigkeit: 16 %) sowie bei der Generalisierten Angst (Depression: 71 %, somatoforme Störungen: 48 %, Alkoholabhängigkeit: 9 %). Alle eben genannten Prozentangaben übersteigen deutlich die Häufigkeiten für die genannten komorbiden Störungen bei Personen, die keine Angststörung haben.

Insgesamt besteht inzwischen wissenschaftlicher Konsens darüber, dass alle Angststörungen starke Risikofaktoren für depressive Erkrankungen, wie auch für Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit darstellen. Dies bedeutet, dass auch auf den ersten Blick »leichte« Angststörungen, wie etwa die spezifischen Phobien, bezüglich möglicher in der Zukunft resultierender Probleme nicht unterschätzt werden dürfen.

Prävalenz von Angststörungen in der Allgemeinarztpraxis

Die bislang berichteten Häufigkeiten von Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung sollen hier um die Häufigkeiten in der hausärztlichen Praxis ergänzt werden, da dort die Betroffenen in der Regel erstmals mit dem Gesundheitssystem in Kontakt treten.

Im Gegensatz zu Depressionen liegen bislang nur wenige verlässliche bundesweite Abschätzungen zur Prävalenz von Angststörungen in der Allgemeinarztpraxis vor. Aus Erhebungen einer weltweiten Studie der WHO [17] ergab sich in den beiden an dieser Studie beteiligten deutschen

Zentren (Berlin und Mainz), dass insbesondere Patienten mit einer generalisierten Angststörung sehr häufig Allgemeinarztpraxen aufsuchen. Über 7 % aller zufällig in der Stichtagsperiode beurteilten Patienten erfüllten die Kriterien einer generalisierten Angststörung. Damit war diese Angsterkrankung – nach Depressionen – die zweithäufigste psychische Störung in Allgemeinarztpraxen überhaupt; die Prävalenz von Panikstörungen lag in dieser WHO-Studie bei 2 %.

Aktuellere Daten aus einer hausärztlichen Stichtagsprävalenzstudie, in deren Rahmen 558 Hausärzte und über 17.000 beurteilte Patienten (»Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich«, GAD-P-Studie [18]) befragt wurden, bestätigten den Befund, dass die generalisierte Angststörung die häufigste Angsterkrankung im hausärztlichen Sektor darstellt. 5,3 % aller zufällig ausgewählten Allgemeinarztpatienten (Männer: 4,1 %, Frauen 6,2 %) an einem Stichtag erfüllten die Kriterien einer Diagnose, bei einem Drittel trat die Angststörung zusammen mit einer schwer verlaufenden Depression auf.

Zugleich zeigen die Befunde der GAD-P-Studie, dass generalisierte Angstpatienten (unabhängig von ihrem körperlichen Gesundheitszustand) mit durchschnittlich 11,2 Arztbesuchen in den letzten 12 Monaten als »high utilizer« des Gesundheitssystems einzuordnen ist. Ferner werden in der GAD-P-Studie erhebliche Versorgungsmängel aufgezeigt. Im Gegensatz zu depressiven Erkrankungen (64,3 % richtige diagnostische Erkennensrate) wurden nur 34,4 % aller Patienten mit einer generalisierten Angststörung auch richtig vom Hausarzt diagnostiziert. Korrespondierend mit dieser niedrigen Erkennensrate erhalten nur weniger als 10 % aller Betroffenen eine adäquate Therapie oder Überweisung zum Facharzt. Entsprechend differenzierte Daten über andere Angststörungen liegen bislang für Deutschland nicht vor.

Geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Häufigkeit von Angststörungen

Internationale Studien (z. B. [19]) belegen, dass Frauen häufiger körperliche und psychische Probleme schildern als Männer. Aus den Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys geht hervor, dass

Frauen nahezu doppelt so häufig von Angststörungen betroffen sind wie Männer (siehe Abbildung 1).

Für die Ursachen dieser markanten Geschlechtsunterschiede existieren in der Literatur verschiedene Erklärungsansätze. Theoretische Erklärungsmodelle bestehen für psychosoziale, biologische und sozialwissenschaftliche Ursachen der Geschlechterunterschiede in Gesundheit und Krankheit.

Die psychosozialen Erklärungen berücksichtigen die geschlechtsspezifischen Wahrnehmung- und Verhaltensmuster. Das betrifft z. B. das erlernte Rollenverhalten oder das unterschiedliche Körperbewusstsein von Männern und Frauen. Als biologische Erklärungsfaktoren werden u. a. die genetische Disposition sowie auch physiologische und hormonelle Regulationsmechanismen aufgeführt. Die sozialwissenschaftlichen Erklärungsansätze berücksichtigen die spezifischen Lebensbedingungen und Partizipationschancen von Frauen und Männern. Diese beziehen die unterschiedlichen Erfahrungen in den Bereichen Schule, Ausbildung, Arbeitsmarkt und Familie ebenso wie im Gesundheitswesen mit ein, wie auch die geschlechtsspezifischen Körper- und Gesundheitskonzepte. Dabei stellen die ungleichen Lebensbedingungen und Teilhabechancen von Frauen und Männern nur eine Dimension neben anderen Merkmalen, wie Alter, Bildung, berufliche Stellung, Einkommen, Familienstand und Nationalität dar.

Der Einwand, dass die ermittelten Unterschiede nicht real sind, sondern aufgrund diagnostischer Verzerrungen entstehen (z. B. Vorurteile der Diagnostiker gegenüber den von Frauen geäußerten »typischen« Ängsten, oder, dass Frauen von Hausärzten eher als Angstpatienten identifiziert werden), erscheinen für die Ergebnisse des BGS 98 eher unwahrscheinlich, da aufgrund des diagnostischen Interviews, das hier als Messinstrument eingesetzt wurde, verzerrte Ergebnisse minimiert werden. Auch die biologischen Erklärungsfaktoren gelten für Angststörungen, anders als beispielsweise für Depressionen, für die bereits plausible biologische Modelle formuliert wurden, nur in geringem Umfang.

Folgen

Auswirkungen auf die Sterblichkeit

Die Sterblichkeit von Personen mit Angststörungen ist im Vergleich zu Gesunden nach einigen Untersuchungen, insbesondere bei Patienten mit Panikstörungen leicht erhöht [20, 21]. Es ist derzeit unklar, ob dieser Zusammenhang, der nicht nur in höheren Altersgruppen beobachtet wird, eindeutig auf die beobachtete erhöhte Suizidrate bei Angststörungen zurückzuführen ist (die in etwa gleich hoch wie bei Depressionen ohne Komorbidität liegt), oder ob auch andere Gründe eine Rolle spielen, wie z. B. die erhöhte Rate kardiovaskulärer, gastrointestinaler und respiratorischer Krankheiten bei Patienten mit psychischen Erkrankungen [22].

Arbeitsproduktivität und Ausfalltage

Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Erkrankung führt zu einem Ressourcenverlust für die Gesellschaft. Durch eine monetäre Bewertung kommt diese in den indirekten Kosten zum Ausdruck, in die daneben auch die Kosten für Invalidität und vorzeitiger Tod eingehen. Angststörungen zählen aufgrund der hohen Verbreitung und dem häufig damit verbundenen Arbeitsausfall zu den kostenintensiven Erkrankungen (siehe z. B. für die USA [23]).

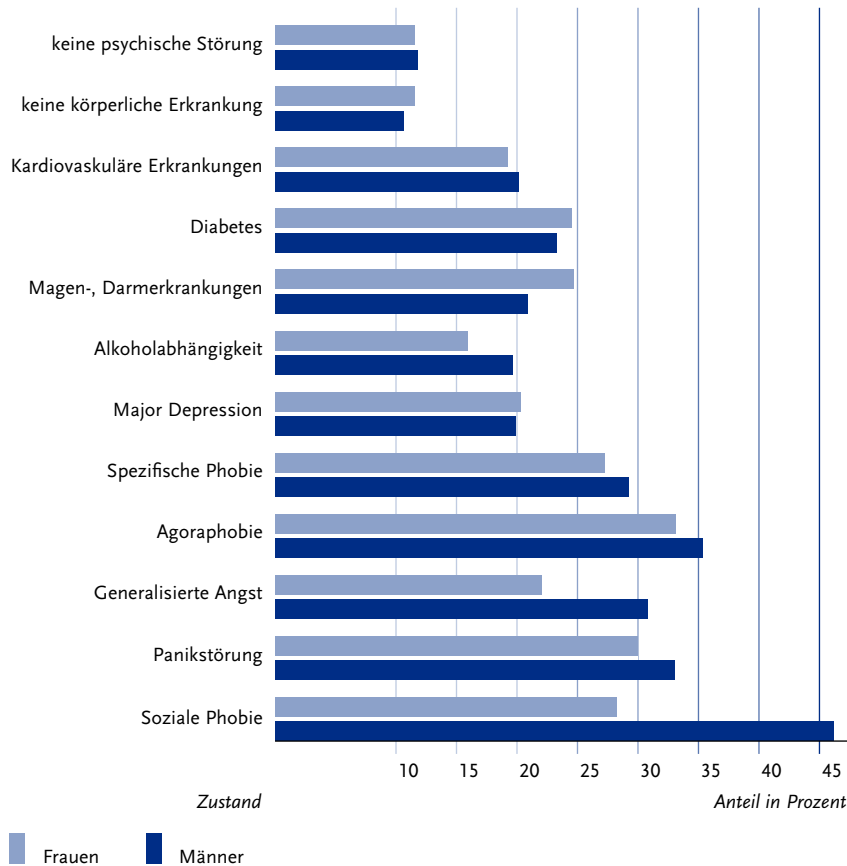
Wenn im Folgenden von »Ausfalltagen« die Rede ist, so ist damit die Zahl der Tage in den vergangenen vier Wochen gemeint, an denen eine Person aufgrund von psychischen und körperlichen Problemen oder Erkrankungen überhaupt nicht in der Lage war, ihre normalen Alltagsaktivitäten (Arbeit, Ausbildung, Haushalt) auszuführen. Diese Ausfalltage werden hier für alle Betroffenen – nicht nur für die Erwerbstätigen – berichtet, da auch der Wegfall unbezahlter Arbeit (z. B. Haushalt) aufgrund von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen für eine Gesellschaft nicht ohne Folgen ist.

Wie aus Abbildung 3 hervorgeht, sind Angststörungen mit deutlichen und, aufgrund der Chronizität der Erkrankung, auch andauernden Einschränkungen verbunden, die sich im Anteil der

Abbildung 3
Prozentualer Anteil von Männern und Frauen mit mindestens einem Ausfalltag pro Monat für verschiedene Erkrankungsgruppen im Vergleich zur Gruppe ohne psychische Störungen und ohne körperliche Erkrankungen

Angabe in Prozent

Quelle: BGS 98



Ausfalltage widerspiegeln. Dabei gehen die Häufigkeit und die Anzahl der Ausfalltage pro Monat deutlich über das Ausmaß hinaus, welches bei den weit verbreiteten und in der Regel als schwerwiegend erachteten somatischen Erkrankungen beobachtet wird. Nach den Befunden des BGS98 sind beispielsweise Personen mit einer sozialen Phobie im Mittel 3 mal häufiger nicht in der Lage, ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen, als Personen ohne eine psychische Störung und in etwa 1,5 mal häufiger als Personen mit Diabetes. Vergleichbar hohe Prozentsätze von Betroffenen mit

Ausfalltagen ergeben sich für generalisierte Angststörung, Panikstörung und Agoraphobie.

Auch die mittlere Anzahl der Ausfalltage pro Monat liegt für psychische Störungen höher als für somatische Erkrankungen (siehe Tabelle 1).

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Personen mit einer Angststörung in ihrer Arbeitsproduktivität und Lebensführung zumindest ebenso eingeschränkt sind wie körperlich Kranke und dass Angststörungen aufgrund ihrer hohen Prävalenz in der Bevölkerung eine gesundheitsökonomisch sehr relevante Krankheitsgruppe darstellen.

Tabelle 1
Mittlere Anzahl der Ausfalltage pro Monat von Männern und Frauen für verschiedene Erkrankungsgruppen im Vergleich zur Gruppe ohne psychische Störungen und ohne körperliche Erkrankungen

Quelle: BGS98

Zustand	Ausfalltage pro Monat	
	Männer	Frauen
keine psychische Störung	0,9	0,6
keine körperliche Erkrankung	0,6	0,7
Erkrankung		
Kardiovaskuläre Erkrankungen	1,8	1,4
Diabetes	3,5	2,1
Magen-, Darmerkrankungen	2,3	2,3
Alkoholabhängigkeit	1,2	1,3
Major Depression	2,1	1,8
Spezifische Phobie	4,2	2,6
Agoraphobie	4,2	2,8
Generalisierte Angst	4,6	2,3
Panikstörung	4,6	3,6
Soziale Phobie	6,9	1,9

Administrative Daten zu Arbeitsunfähigkeit und Berentungen

Daten der Krankenversicherungsträger zu Arbeitsunfähigkeit liegen bislang noch nicht für die nach ICD-10 vorgeschriebene Einteilung der Formen spezifischer Angststörungen vor. Kosten-Studien zur Psychotherapie [24, 25, 26] konnten jedoch zeigen, dass selbstberichtete Angaben zur Arbeitsunfähigkeit eine gute Schätzung »wahrer« Arbeitsunfähigkeit darstellen, sodass oben berichtete Ausfalltage als Hinweise für erhöhte Arbeitsunfähigkeit gelten können. Zudem gibt es Ergebnisse aus den USA, welche nahe legen, dass nicht nur kurzzeitige Krankheitstage, sondern auch längerfristige Arbeitslosigkeit bei Personen mit Angststörungen deutlich erhöht sind [27].

Es existieren aber Daten der Rentenversicherungsträger, die für die Formen spezifischer Angststörungen aufgeschlüsselt sind. Danach betragen im Jahr 2002 die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Männern 233 bei phobischen Störungen und 1.004 bei anderen

Angststörungen, bei Frauen waren es 375 bzw. 1.899. Das Durchschnittsalter lag bei 47 Jahren für Männer und bei 49 Jahren für Frauen [28]. Diese Zahlen belegen, dass Angststörungen nicht nur Arbeitsunfähigkeit verursachen, sondern, vor allem durch den chronischen Verlauf bestimmter Erkrankungsformen, zu vorzeitigen Berentungen führen können.

Versorgung, Inanspruchnahme und Leistungen

Behandlung und Versorgungsangebote

Zur Behandlung fast aller Angststörungen stehen seit einigen Jahren verschiedene, in ihrer kurz- und zum Teil auch langfristigen Effektivität gut gesicherte Therapieverfahren zur Verfügung. Dies sind aus der Gruppe der psychotherapeutischen Verfahren die Verhaltenstherapie, sowie aus der Gruppe der medikamentösen Verfahren, die Antidepressiva, dabei vor allem die Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und ihre Weiterentwicklungen. Die in der Auswertung von verschiedenen Studien [29, 30, 31] ermittelten Erfolgsraten bei der Behandlung von Angststörungen schwanken dabei je nach Art der Störungen zwischen 40 % (generalisierte Angst) und 65 % (Panikstörung und Agoraphobie).

Die Verhaltenstherapie beruht auf der Erkenntnis, dass viele Verhaltensweisen erlernt sind. Entsprechend kann durch Umlernen in der Therapie die »falsche« Verhaltensweise wieder »verlernt« werden. Die Verhaltenstherapie für Angststörungen umfasst verschiedene Unterarten. Zu diesen zählen u. a. die Expositionstherapie, die eine Annäherung an angstbesetzte, vermiedene Situationen, Bilder oder Gedanken unter psychotherapeutischem Schutz ermöglicht und die kognitiven Therapien, bei denen der Einfluss der Wahrnehmung auf das emotionale Befinden und Verhalten im Mittelpunkt steht.

Unter den pharmakologischen Strategien gilt die Behandlung mit Antidepressiva als besonders gut gesichert. Allerdings werden insbesondere in der hausärztlichen Praxis immer noch gehäuft symptomorientierte Therapien mit Beruhigungsmitteln/Tranquilizern (Benzodiazepine) mit ihrem

möglichen Abhängigkeitspotenzial beobachtet, sowie bei Generalisierten Angststörungen gelegentlich die Therapie mit niedrig dosierten Depot-Neuroleptika, die zur Behandlung spezifischer Angststörungen keine Zulassung aufweisen [18].

Die Versorgung von psychischen Störungen ist durch eine Vielzahl beteiligter Berufsgruppen und Institutionen gekennzeichnet. Zu den beteiligten Berufsgruppen zählen Hausärzte, die bei psychischen Störungen tätig werden, Nervenärzte sowie Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Klinische Psychologen. Neben stationären Einrichtungen und psychotherapeutische Ambulanzen gibt es Beratungsstellen sowie andere psychosoziale Einrichtungen.

Während die Behandlung mit verhaltenstherapeutischen Verfahren nach Befunden des BGS98 weitgehend von psychologischen Psychotherapeuten sowie bei jüngeren Patienten zum Teil auch von Einrichtungen der komplementären Versorgung (Beratungsstellen) getragen wird, erfolgen pharmakologische Interventionen zumeist in hausärztlichen und etwas seltener in nervenärztlichen Praxen.

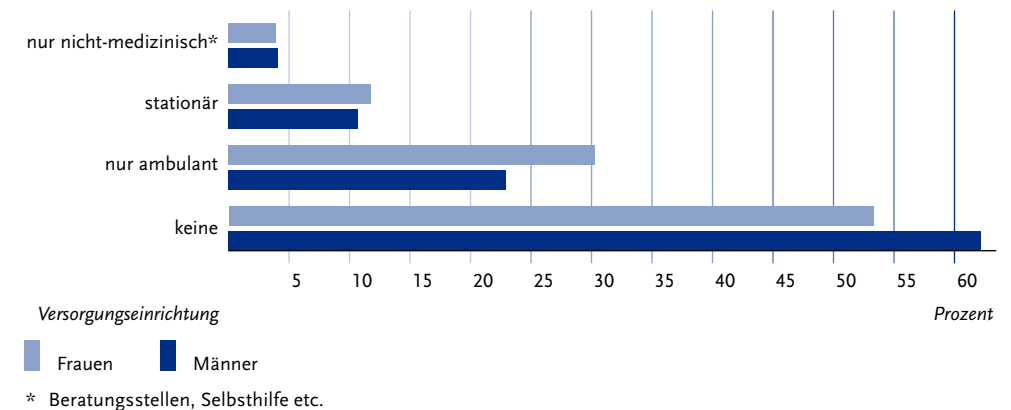
Inanspruchnahme und Behandlungsquote

Die Inanspruchnahme von Diensten der bestehenden Versorgungseinrichtungen zur Behandlung von Angststörungen und die Behandlungsquote liegen trotz der Verfügbarkeit effektiver Therapiestrategien recht niedrig. Im BGS98 gaben nur ca. 44 % aller Betroffenen mit einer diagnostizierten Angsterkrankung an, wegen der Angstbeschwerden eine oder mehrere der genannten Institutionen jemals in Anspruch genommen zu haben – ungeachtet von Art, Häufigkeit oder Dauer einer etwaigen Therapie. Auch bei einer solchen weiten Definition von »Behandlung« werden also weniger als die Hälfte der Betroffenen überhaupt durch das Gesundheitssystem erreicht. Hierzu sollte jedoch angemerkt werden, dass (bei psychischen Störungen allgemein) das Vorliegen einer Diagnose nicht automatisch mit »Behandlungsbedarf« gleichgesetzt werden kann. Der Anteil der Männer liegt dabei mit ca. 38 % deutlich niedriger als bei den Frauen mit 46 %. Frauen zeigen demnach ein anderes Hilfesuch-Verhalten als Männer. Ob dies einer größeren Offenheit von Frauen gegenüber psychischen Problemen und deren Behandelbarkeit zuzuschreiben ist, oder ob auch stärkere Belastungen und Beeinträchtigungen eine Rolle spielen, kann noch nicht abschließend beurteilt werden. Diskutiert werden weiterhin ein allgemein stärker ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein bei Frauen sowie eine allgemein geringere Bewertung von seelischen Einflüssen auf die Gesundheit seitens der Männer. Nach den Befunden des BGS98 nehmen Frauen, auch wenn sie keine erfassten psychischen Störungen aufweisen, allgemein häufiger medizinische Leistungen (Arztbesuch) wegen psychischer Probleme in Anspruch als Männer (19 % vs. 10 %).

Der Vergleich zwischen den neuen und den alten Bundesländern ergibt eine etwas schlechtere Behandlungsquote in den neuen Bundesländern. Wird das Alter der Personen betrachtet, ergibt sich besonders für Jüngere (unter 25 Jahren) eine niedrige Versorgungsrate.

Werden die Dienste des Versorgungssystems in Anspruch genommen, bestehen geschlechtsbezogene Unterschiede in der Art der genutzten Versorgungseinrichtung (siehe Abbildung 4). Etwa 23 % der Männer und 30 % der Frauen mit einer Angststörung geben an, ausschließlich ambulant

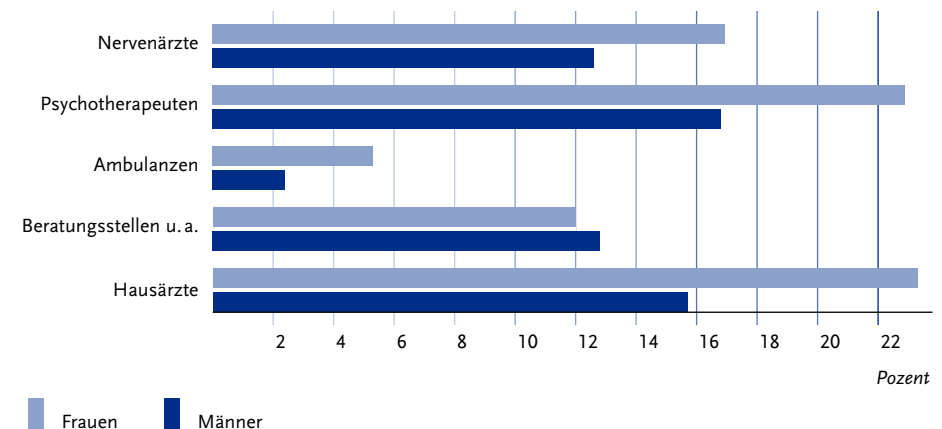
Abbildung 4
Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen bei Männern und Frauen mit Angststörungen
Angabe in Prozent
Quelle: BGS98



behandelt worden zu sein. Diagnosespezifisch ergeben sich die höchsten Kontaktraten mit professionellen Diensten für die Generalisierte Angststörung (62 %) und die Panikstörung (74 %), während sie für andere Angststörungen deutlich niedriger liegen.

Wird die Behandlungsquote nach Art der Einrichtung im ambulanten Bereich betrachtet, ergibt sich unter Berücksichtigung von Mehrfachnennung für Psychotherapeuten und Hausärzte die quantitativ größte Bedeutung in der Inanspruchnahme (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5
Behandlungsquote der ambulanten Versorgungseinrichtungen bei Männern und Frauen mit Angststörungen
Angabe in Prozent
Quelle: BGS98



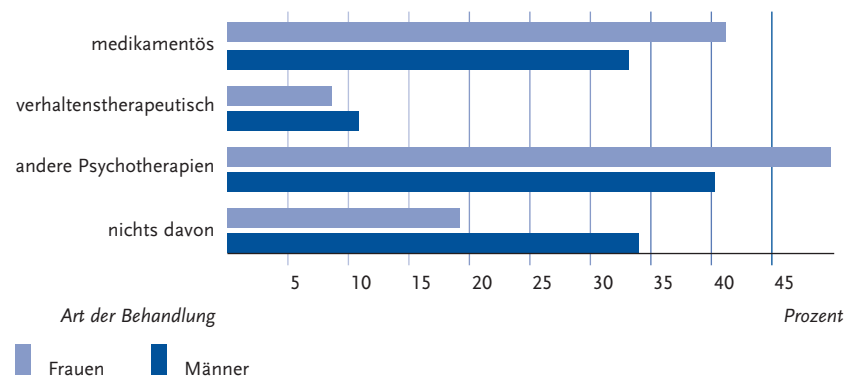
Die Ergebnisse des BGS98 zeigen einen hohen Anteil (53 %) von Personen mit mehr als einer Behandlung bei unterschiedlichen Diensten. Bei der Mehrfach-Inanspruchnahme dominiert jedoch die aufgrund der empfohlenen Überweisungssequenz erwartete Kombination »Hausarzt und Psychotherapeut« bzw. »Hausarzt und Nervenarzt«.

Bei der Art der Behandlung geben Betroffene mit einer ambulanten Therapie am häufigsten an, psychotherapeutisch behandelt worden zu sein. Ausschließlich medikamentös therapiert wurden 33 % der Männer und 41 % der Frauen (siehe Abbildung 6). Der Unterschied in der Art der Behandlung bei Männern und Frauen, kann zum Teil damit erklärt werden, dass Frauen Angebote des Gesundheitssystems häufiger in Anspruch nehmen, eher als Männer emotionale Beschwerden berichten und deshalb bei ihnen Angststörungen auch öfter diagnostiziert und behandelt werden können.

Diese Zahlen sind als obere Abschätzung der Behandlungsquote in den letzten 12 Monaten anzusehen, da nur ein Teil (14 %) aller überhaupt behandelten Fälle mit einer Angststörung auch aktuell (letzte 12 Monate) in Therapie standen und nur wenige eine nach formalen Kriterien (mehr als zwei Therapien in 12 Monaten) entsprechende Behandlung erhielten.

Abbildung 6
Art der Behandlung von Männern und Frauen mit Angststörungen, die ambulante Versorgungseinrichtungen aufgesucht haben

Angabe in Prozent
Quelle: BGS98



Leistungen

Die Qualität der Routineerfassung für die erbrachten Leistungen bei der Behandlung von Angststörungen hängt auch immer von den diagnostischen Fähigkeiten der behandelnden Therapeuten ab. Aufgrund der erst kürzlich erfolgten Umstellung auf die ICD-10 mit ihren trennschärferen und differentialdiagnostisch sensibleren Kriterien für Angststörungen, sind die vorliegenden Leistungsparameter bei diesem Krankheitsbild deshalb nur eingeschränkt interpretierbar. Die Ergebnisse der repräsentativen Hausarztstudie zu generalisierter Angst und Depression [18] stützen jedoch die Vermutung, dass Angststörungen in den meisten Routinestatistiken unterschätzt werden.

Pharmakologische Verordnungen

Bezugsdaten für den medikamentösen Bereich lassen sich nur begrenzt aussagekräftig zusammenfassen. Aus der Studie zum »Verschreibungsindex für Pharmazeutika« [32] geht die Anzahl der Verordnungen für die Arzneimittelgruppen des Indikationsgebietes »Zentralnervensystem« durch niedergelassene Ärzte in Deutschland im Jahr 1999 hervor (Tabelle 2). Die Stichprobe umfasste ca. 2.220 Ärzte im früheren Bundesgebiet und ca. 580 in den neuen Bundesländern. Angststörun-

Tabelle 2

Arzneimittel-Verordnungen der Gruppe »Zentralnervensystem« (ICD-10)

Quelle: IMS HEALTH GmbH & Co. OHG, Verschreibungsindex für Pharmazeutika 1999

Indikationsgebiet	Anzahl Verordnungen	Anteil
gesamt: Zentralnervensystem	19.315.000	100 %
davon Depression	15.575.000	80,6 %
davon Angsterkrankung	2.465.000	12,8 %
Agoraphobie	13.000	0,1 %
Soziale Phobie	29.000	0,2 %
Spezifische Phobie	15.000	0,1 %
andere phobische Störungen	183.000	0,9 %
Panikstörung	229.000	1,2 %
Generalisierte Angststörung	1.730.000	9,0 %
andere Angststörungen	266.000	1,4 %

gen stellen mit einem Prozentanteil von 12,8 % neben den Depressionen eine der zwei großen Hauptindikationsgebiete dar. Innerhalb der Angststörungen sind für die Verordnungsziffern vor allem die Generalisierten Angststörungen verantwortlich. Bei der Einschätzung dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass diese Angaben auf den diagnostischen Gewohnheiten der untersuchten Ärzte beruhen.

Psychotherapeutische Leistungen³

Psychotherapeutische Verfahren, hierbei insbesondere die Verhaltenstherapie, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Diese Entwicklung ist mit der verbesserten Therapieforschung bei Angststörungen verbunden.

Verhaltenstherapeutische Verfahren als primär bei Angststörungen indizierte Verfahren werden in der Regel durch Psychologische Psychotherapeuten, durch ärztliche Psychotherapeuten sowie vereinzelt auch durch Allgemeinärzte mit dem Zusatztitel »Psychotherapie« angeboten.

Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) am 1.1.1999 haben die Patienten einen direkten Zugang zum nichtärztlichen Psychotherapeuten. Zudem ist eine geregelte eigenständige Abrechnung möglich.

Die Zahl kassenärztlich arbeitender Psychotherapeuten lag im Jahr 1992 bei insgesamt 10.489. Nach Inkrafttreten des PTG im Jahr 1999 war eine Steigerungsrate von 26,6 % gegenüber 1998 zu verzeichnen (siehe Tabelle 3). Dabei ist die Steigerung wesentlich auf »psychologische Psychotherapeuten« (Steigerungsrate gegenüber 1998: 56,3 %) zurückzuführen, während die Zahlen für ärztliche Psychotherapeuten (4,4 %) und

³ Vergleiche auch GBE-Themenheft »Psychotherapeutische Versorgung« (in Vorbereitung)

Tabelle 3
Anzahl der behandelnden Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten

Quelle: Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2001. Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer

Therapeuten	1998	1999	2000
Psychotherapeuten gesamt	16.568	20.970	
davon Ärzte	8.570	8.951	
davon Psychologische Psychotherapeuten	6.694	10.465	12.086
davon Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten	1.303	1.554	
Ärzte, die auch Verhaltenstherapie abrechnen	1.164	1.421	

für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (19,3%) weniger starke Zuwächse verzeichneten. Neben diesen Berufsgruppen nahmen im Jahre 2000 ferner 460 Kinder- und Jugendpsychiater (einschl. Psychotherapie) sowie 4.873 Ärzte mit den Fachbezeichnungen Nervenheilkunde, Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapie an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Aussagekräftige Zahlen, inwieweit der neue Versorgungssektor durch psychologische Psychotherapeuten zu einer messbaren Verbesserung der Versorgungsquote und Versorgungsqualität von Angststörungen beigetragen hat, fehlen bislang. Ebenso bleibt unklar, ob der neue Bereich der kassenärztlich zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei der Frühbehandlung von Angststörungen eine messbare bessere Versorgung bedingt hat.

Bezugsdaten im Hinblick auf die Inanspruchnahme anderer ambulanter und stationärer Dienste lassen sich aus den oben erwähnten Gründen derzeit nicht hinreichend verlässlich interpretieren. Nationale (vergleiche GAD-P-Studie [18]) und auch international vorliegende Befunde unterstreichen allerdings, dass insbesondere Panikstörungen, Agoraphobien und generalisierte Angststörungen zu den »high utilizers« von medizinischen Versorgungsleistungen gehören (Häufigkeit der Arztbesuche, Medikamentengebrauch, simultane Behandlung bei mehreren Versorgungsdiensten), was aber aus den dazu verfügbaren amtlichen Statistiken nicht hervorgeht.

Zusammenfassung und Perspektiven

Angststörungen sind nach übereinstimmenden klinisch-therapeutischen und epidemiologischen Befunden hinsichtlich Schweregrad, Spontanverlauf, sekundären Risiken, Folgen und der Therapie recht variable Erkrankungen. Sie erfordern angesichts ihrer Häufigkeit verstärkte Anstrengungen, eindeutige und konsensfähige Kriterien für frühzeitige, medizinisch notwendige und wirtschaftlich vertretbare Maßnahmen zu entwickeln.

In Übereinstimmung mit internationalen Daten zeigen die Befunde des BGS 98, dass Angststörungen keine Bagatell-Erkrankungen sind, sondern:

- ▶ zumeist früh im Leben der Betroffenen auftreten,
- ▶ ohne Behandlung größtenteils chronisch verlaufen,
- ▶ mit Leiden und Behinderungen bei den Betroffenen verbunden sind,
- ▶ zu hoher Inanspruchnahme medizinischer Dienste führen und
- ▶ ohne adäquate Therapie mit gravierenden psychosozialen und medizinischen Folgeerisiken einher gehen.

Zugleich sind für fast alle Angststörungen effektive und praktikable Therapien verfügbar.

Angststörungen sind aufgrund ihrer Häufigkeit insgesamt mit hohen und andauernden Belastungen für das Gesundheits- und Sozialsystem

verbunden. Generalisierte Angststörungen, Panikstörungen und Phobien verursachen nach den Befunden nationaler und internationaler Studien zumindest ebenso hohe indirekte Kosten aufgrund von Arbeitsausfalltagen wie Depressionen und einige somatische Erkrankungen.

Zur Verbesserung dieser Ausgangslage erscheinen verschiedene und aufeinander abgestimmte Maßnahmen geeignet [33]. Im Vordergrund sollte zunächst das Bemühen stehen, die diagnostische Erkennensqualität vor allem im primärärztlichen Bereich zu verbessern. Dabei ist zu klären, welche Störungen beim Hausarzt mit medikamentösen Strategien therapiert werden, und welche Strategien notwendig sind, um eine adäquate Versorgung mit verhaltenstherapeutischen Verfahren zu bewirken. Diese Fragen berühren die weitergehende Problematik einer besseren und effizienteren Verzahnung der hausärztlichen Versorgung mit spezialisierten psychiatrischen und speziell psychotherapeutischen Diensten, die auch aufgrund der hohen Komorbiditätsraten bei Angststörungen von Bedeutung sind.

Der typischen Beginn von Angststörungen im Jugendalter legt nahe, derartige Bemühungen auch auf den kinderärztlichen Bereich, schulpsychologische Dienste, Beratungsstellen sowie dem kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Bereich auszuweiten. Die derzeit verfügbaren Informationen über die Verbreitung von Angststörungen der Bevölkerung unter 18 Jahren sind unzureichend und lassen keine bundesweit vergleichbaren Aussagen zu. Zur Lösung dieser Aufgabe führt das Robert Koch-Institut im Auftrag der Bundesministerien für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie für Bildung und Forschung einen bundesweiten Kinder- und Jugend-survey durch, der wichtige Informationen zur gesundheitlichen Lage im Kindes- und Jugendalter liefern wird. Das im Survey enthaltene Modul zur psychischen Gesundheit bietet erstmals die Möglichkeit, psychische Auffälligkeiten und Störungen mit Daten zur körperlichen Gesundheit, weiteren vielfältigen Einflüssen auf die psychische Gesundheit (Risiko- und Schutzfaktoren) und den mit ihnen assoziierten Beeinträchtigungen der Lebensqualität in Zusammenhang zu setzen [34].

Literatur

1. Margraf J, Schneider S (2000) Paniksyndrom und Agoraphobie. In: Margraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd.2, Springer Verlag, Berlin
2. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH et al. (Hrsg) (1994) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien. Verlag Hans Huber, Bern
3. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1998) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe-Verlag, Göttingen
4. Kessler RC, Stang P, Wittchen HU et al. (1998) Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 55: 801–808
5. Degona M, Angst J (1993) The Zurich Study. Social phobia and agoraphobia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 243: 95–102
6. Curtis GC, Magee WJ, Eaton WW et al. (1998) Specific fears and phobias: epidemiology and classification. Br J Psychiatry 173: 212–217
7. Bornisch T, Wittchen HU (1998) Suicidal ideation and suicide attempts. The role of comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance-use disorder. In: DeLeo D, Schmidtke A, Diekstra RFW (hrsg) Suicide prevention. A holistic approach. Kluwer Academic Publishers, London, S 15–26
8. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU (1998) Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 248 (2): 87–95
9. Wittchen HU, Müller N, Pfister H et al. (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys »Psychische Störungen«. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): 216–222
10. Wittchen HU, Pfister H (1997) DIA-X Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interview (Längs- und Querschnittuntersuchung; Auswertungsprogramm. Swet & Zeitlinger; Frankfurt

11. Jacobi F, Wittchen HU, Hölting C et al. (2002) Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *Int J Methods Psychiatr Res* 11 (1): 1–18
12. Jacobi F, Wittchen HU, Hölting C et al. (in press) Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34 (4): 597–611
13. Bijl R, Ravelli A, van Zessen G (2000) Prevalence of psychiatric disorders in the general population: Results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: 587–595
14. Jacobi F, Hoyer J, Wittchen HU (in press) Seelische Gesundheit in Ost und West: Multimetodische Analysen auf Grundlage des Bundes-Gesundheitssurveys. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*
15. Margraf J, Poldrack A (2000) Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland. Eine repräsentative Bevölkerungserhebung. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 29 (3): 157–169
16. Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H et al. (2000) Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand* 102 (Suppl. 406): 14–23
17. Üstün TB, Sartorius N (1995) *Mental illness in general health care: An international study*. John Wiley and Sons, Chichester, New York
18. Wittchen HU et al. (2001) GAD-P-Studie. Bundesweite Studie »Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich«. *MMW Fortschr Med* 119 (Sonderheft 1): 1–49
19. Kroenke K, Spitzer RL (1998) Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 60: 150–155
20. Grasbeck A, Rorsman B, Hagnell O (1996) Mortality of anxiety syndromes in a normal population – The Lundby study. *Neuropsychobiology* 33 (3): 118–126
21. Khan A, Leventhal R, Khan S et al. (2002) Suicide risk in patients with anxiety disorders: A meta-analysis of FDA database. *J Affect Disord* 69 (2–3): 183–190
22. Haerter MC, Conway KP, Merikangas KR (2003) Association between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253 (6): 313–20
23. Rice DP, Miller LS (1998) Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *Br J Psychiatry* 173 (34): 4–9
24. Hiller W, Fichter MM, Rief W (2003) A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *J Psychosom Res* (54): 369–380
25. Jacobi F, Margraf J (2001). Kosten-Studien zu psychologischer Angstbehandlung. In: Michaelis W (Hrsg) *Der Preis der Gesundheit: wissenschaftliche Analysen; politische Konzepte; Perspektiven der Gesundheitspolitik*. ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg, S 114–131
26. Zielke M (1993) *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Beltz: Psychologie Verlags Union, Weinheim
27. Leon AC, Portera L, Weissman MM (1995) The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 116 (Suppl. 27): 19–22
28. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (2003) *VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 2002*, Band 145. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main
29. Ruhmland M, Margraf J (2001a) Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 11: 27–40
30. Ruhmland M, Margraf J (2001b) Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 11: 41–53
31. Ruhmland M, Margraf J (2001c) Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 11: 14–26
32. IMS HEALTH GmbH & Co. OHG (1999) *Verschreibungsindex für Pharmazeutika*.

33. Wittchen HU, Hoyer J, Beesdo K et al. (2001) Probleme und Defizite in der hausärztlichen Versorgung von Generalisierten Angststörungen. Konsequenzen der GAD-P-Studie und Prioritäten für eine verbesserte Versorgung. *MMW Fortschr Med* 119 (Sonderheft 1): 42–49
34. Robert Koch-Institut (2004) *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS)* <http://www.kiggs.de>

Weiterführende Literatur

- Hoyer J, Margraf J (Hrsg) (2002) *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren*. Springer Verlag, Berlin
- Jacobi F, Schneider S, Barnow S (2003) *Die Angst vor der Angst. Angststörungen: Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten*. In: Barnow S, Freiberger HJ, Fischer W et al. (Hrsg) *Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung*, 2. korrigierte und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, S 115–141
- Margraf J (Hrsg) (2000) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2: Störungen*. Springer Verlag, Berlin
- Wittchen HU, Jacobi F (2001) *Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998*. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 44(10): 993–1.000
- Kurth BM, Bergmann KE, Wagner C et al. (2002) *Bundes-Gesundheitssurvey – Bausteine der Gesundheitssurveillance in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Siehe Quellennachweis: 2, 3

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Anne Starker, Dr. Thomas Ziese
Seestraße 10
13353 Berlin

Autoren

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Klinische Psychologie und Epidemiologie
Max Planck Institut für Psychiatrie, München
Dr. Frank Jacobi
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden

Abonentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des
Bundes« können im Jahresabonnement
oder als einzelne Hefte bezogen werden.

E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de

Tel.: 018 88. 754-34 00

Fax: 018 88. 754-35 13

Druck

Oktoberdruck, Berlin
gedruckt auf PROFIsilk, tcf

ISBN

3-89606-152-6

ISSN

1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 21
Mai 2004

Angststörungen

Berlin: Robert Koch-Institut
ISBN 3-89606-152-6
ISSN 1437-5478

Anxiety is a natural innate response mechanism to dangers or threats from the environment. Anxiety reactions of people suffering from anxiety disorders are not appropriate and cause considerable distress and impairment.

In Germany representative data on frequency, impact and health care utilization of anxiety disorders are available since 1998. According to the German National Health Interview and Examination Survey 1998 14% of the 18–65 years old fulfil the international criteria of an anxiety disorder (12-month prevalence). Women are remarkably more frequently affected than men.

Due to the high prevalence and high indirect costs (absence from work in particular) anxiety disorders belong to the cost-intensive diseases. Effective treatment regimes are available, which are offered by different occupational groups and facilities.

But less than 50% of all persons identified in the survey with anxiety disorders take up professional assistance due to their mental health problems. Thus, it is a challenge to improve the identification rate in diagnosis of anxiety disorders (e.g. in primary care) and the co-operation between primary care and specialised psychiatric and psychotherapeutical facilities.