

# Prävalenz und Versorgung der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland: Eine bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten aus den Jahren 2008 und 2017

## Prevalence and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Germany: An Analysis of Nationwide Health Insurance Data, 2008 vs 2017

### Autoren

Christian J. Bachmann<sup>1</sup>, Jonas Czwikla<sup>2</sup>, Hannes Jacobs<sup>2</sup>, Jörg M. Fegert<sup>1</sup>, Falk Hoffmann<sup>2</sup>

### Institute

- 1 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
- 2 Abteilung Ambulante Versorgung und Pharmakoepidemiologie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

### Schlüsselwörter

Posttraumatische Belastungsstörung, Komorbidität, Psychotherapie, Pharmakotherapie, Prävalenz

### Keywords

post-traumatic stress disorder, comorbidity, psychotherapy, pharmacotherapy, prevalence

Online-Publikation 2021

### Bibliografie

Psychiat Prax

DOI 10.1055/a-1347-5410

ISSN 0303-4259

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. P. H. Christian J. Bachmann, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm, Deutschland  
christian.bachmann@uniklinik-ulm.de

 Zusätzliches Material finden Sie unter:  
<https://doi.org/10.1055/a-1347-5410>

### ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel der Studie** Gewinnung von Daten zur Prävalenz sowie medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit PTBS in Deutschland.

**Methodik** Aus Sekundärdaten der BARMER wurde die Prävalenz von PTBS-Diagnosen (ICD-10: F43.1) sowie psychiatrischen Komorbiditäten, Psychotherapie und Pharmakotherapie für diese Versichertengruppe abgeleitet. Ergänzend wurden Prävalenzrends (2008 vs. 2017) berechnet.

**Ergebnisse** Im Jahr 2017 lag die PTBS-Diagnoseprävalenz bei 0,7% (Frauen: 0,9%; Männer: 0,4%); gegenüber 0,3% in 2008. 74,4% aller Versicherten mit PTBS-Diagnose erhielten ambulante Psychotherapie, 43,6% erhielten Antidepressiva (meistverordnet: Venlafaxin) und 14,4% Antipsychotika (häufigste Substanz: Quetiapin).

**Schlussfolgerung** Im untersuchten Zeitraum hat sich die Diagnosehäufigkeit von PTBS mehr als verdoppelt. Sie liegt jedoch weiterhin unter der in epidemiologischen Studien ermittelten Prävalenz, was auf Potenzial für eine verbesserte diagnostische Erkennung von PTBS hindeutet.

### ABSTRACT

**Objective** To provide German data regarding prevalence and treatment (pharmacotherapy, psychotherapy) for individuals with PTSD.

**Methods** Based on BARMER health insurance data, the administrative prevalence of PTSD (ICD-10: F43.1), psychiatric comorbidity, psychotherapy and pharmacotherapy were estimated. Additionally, prevalence trends for years 2008 vs. 2017 were computed.

**Results** In 2017, the overall PTSD prevalence was 0.7% (females: 0.9%, males: 0.4%), whereas in 2008 it was 0.3%. 74.4% of all PTSD cases received psychotherapy, 43.6% were prescribed an antidepressant (first choice: venlafaxine), and 14.4% were prescribed an antipsychotic (first choice: quetiapine).

**Conclusion** Within the studied period, the administrative prevalence of PTSD has more than doubled. Still, the prevalence rate found in our study is lower than figures from epidemiological studies, thus indicating room for improvement in diagnosing PTSD.

## Einleitung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine psychiatrische Störung, die nach der Definition der ICD-10 als Reaktion der betroffenen Person auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, entsteht. Typische belastende Ereignisse sind beispielsweise lebensbedrohliche Erkrankungen, Unfälle oder Überfälle, Kriege, Flucht, Terroranschläge oder Vergewaltigung [1]. Klinische Kriterien einer PTBS sind folgende, meist innerhalb von sechs Monaten nach dem belastenden Ereignis auftretende Symptome: (1) anhaltende Erinnerungen oder das Wiedererleben der Belastung durch Nachhallereinerungen, (2) die Vermeidung von der Belastung ähnelnden Umständen sowie (3) eine (partielle) Amnesie hinsichtlich der Belastung oder Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität bzw. Erregung (z. B. Reizbarkeit, Hypervigilanz). Im Kindesalter sind die Symptome oft unspezifischer; dieser Tatsache wurde durch die Aufnahme spezifischer Kindersymptome im Klassifikationssystem DSM-5 Rechnung getragen [2].

Im Zusammenhang mit einer PTBS treten häufig komorbide psychiatrische Störungen (z. B. Depression, Angststörungen) auf. Insbesondere traumatische Erlebnisse im Kindesalter gehen oft im weiteren Lebensverlauf mit erheblicher psychiatrischer Morbidität sowie Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus einher [3]. Ebenso sind verschiedene körperliche Erkrankungen, u. a. kardiovaskuläre, respiratorische und gastrointestinale Störungsbilder, mit einer PTBS assoziiert [4]. Zudem generieren PTBS erhebliche gesamtgesellschaftliche Kosten [5].

Die deutsche S3-Leitlinie zu PTBS sieht als zentralen Behandlungsbaustein bei PTBS eine traumafokussierte Psychotherapie vor, ergänzend können adjuvante Therapieverfahren (z. B. Kreativtherapien) sowie – bei Erwachsenen – die Antidepressiva Venlafaxin, Sertralin und Paroxetin eingesetzt werden [6]. Aktuelle internationale Studien legen demgegenüber nahe, dass traumafokussierte Psychotherapie und Sertralin hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bei PTBS nahezu gleichwertig sind [7, 8].

Zur Prävalenz von PTBS in der Allgemeinbevölkerung liegen für Deutschland überwiegend Daten für Erwachsene und ältere Jugendliche vor. Eine repräsentative Erhebung aus dem Jahr 2005 auf Basis von DSM-IV-Kriterien ergab eine 1-Monats-Prävalenz von 2,3% (1,3% [14- bis 29-Jährige] bis 3,4% [60+ Jahre]) [9]. Zwei neuere Studien fanden Prävalenzen von 1,5% (1-Monats-Prävalenz nach ICD-11-Kriterien, Altersspanne: 14–99 Jahre, Erhebungsjahr: 2016) [10] bzw. 2,3% (12-Monats-Prävalenz nach DSM-IV-Kriterien, 18–91 Jahre, 2009–2012) [11]. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Studien zur PTBS-Prävalenz auf Basis von ICD-10-Kriterien in der Regel höhere Prävalenzraten erbringen als solche unter Verwendung von DSM-IV-Kriterien [12].

Für Inanspruchnahmepopulationen werden für Deutschland PTBS-Prävalenzen zwischen 7% (Primärversorgung) [13] und über 20% (psychiatrische Patienten) angegeben [14]. Für besonders exponierte bzw. vulnerable Populationen werden Zahlen von 4,4% (Bundeswehrsoldaten mit hoher Kampfflexposition,

12-Monats-Prävalenz nach DSM-IV-Kriterien) [15] bis über 50% (minderjährige Flüchtlinge, DSM-IV-Kriterien) [16] berichtet.

Zur medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit PTBS, zu zeitlichen Trends sowie zur Prävalenz bei Kindern fehlen bislang Daten.

In den letzten 10–15 Jahren sind PTBS zunehmend in den gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Fokus gerückt, nicht zuletzt durch die Einwanderung traumatisierter minderjähriger unbegleiteter Flüchtlinge sowie der Diskussion um die neuen kinderspezifischen PTBS-Kriterien im DSM-5. Neben einer allgemeinen Sensibilisierung für das Störungsbild hat dies auch zur Etablierung neuer regionaler und überregionaler Versorgungs- und Forschungsstrukturen (z. B. Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz, Zentrum für Traumaforschung Ulm) und zur (Weiter-)Entwicklung traumaspezifischer Diagnoseinstrumente [17] und therapeutischer Interventionen [18] geführt.

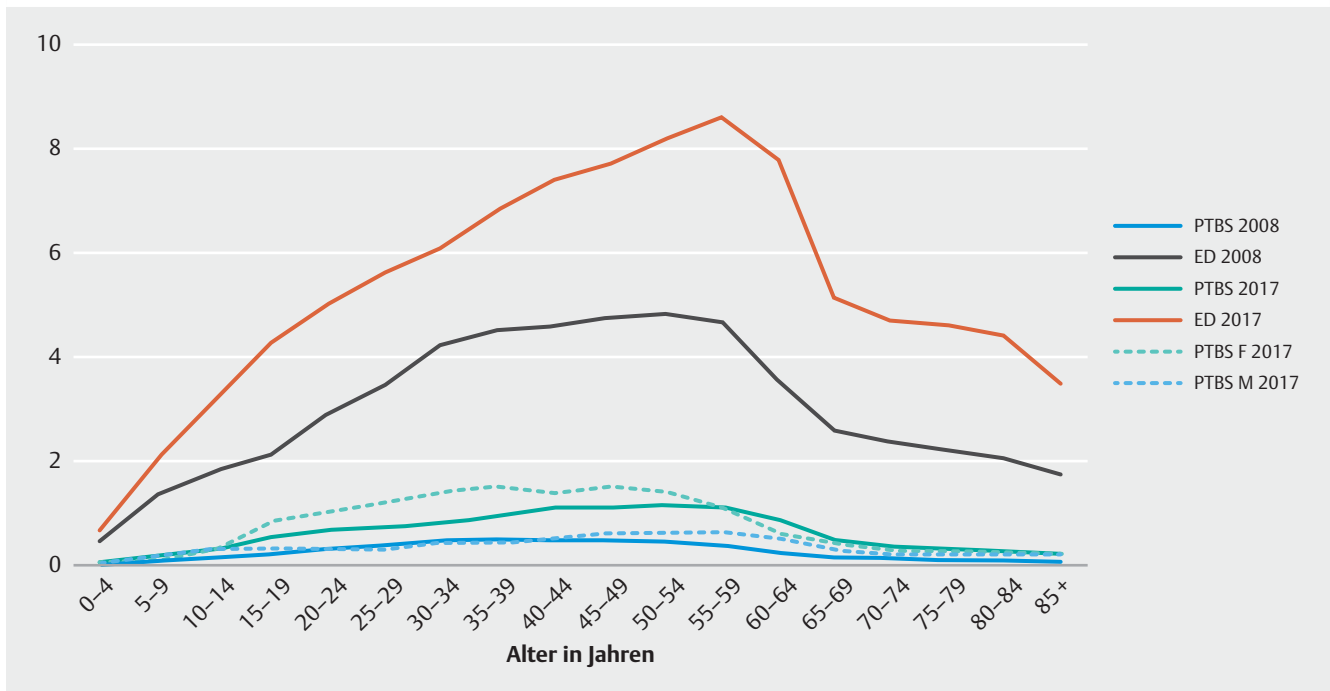
Vor diesem Hintergrund und insbesondere angesichts der dargestellten unvollständigen Datenlage soll diese Arbeit auf Basis von Sekundärdaten einer deutschen Krankenkasse folgende Fragen beantworten:

1. Wie hoch ist die administrative Prävalenz von PTBS in Deutschland?
2. Wie hat sich die Prävalenz von PTBS-Diagnosen in den vergangenen Jahren in Deutschland entwickelt?
3. Wie sieht die psychotherapeutische und pharmakologische Versorgung von Versicherten mit PTBS in Deutschland aus?

## Methoden

Die Arbeit basiert auf bundesweiten Routinedaten der BARMER aus den Jahren 2008 und 2017. Für jedes Jahr wurde eine Grundgesamtheit von Personen untersucht, die in allen Quartalen des entsprechenden Jahres mindestens 1 Tag versichert war. Im Jahr 2008 umfasste diese Grundgesamtheit 8 273 205 Versicherte (59,3% weiblich; Durchschnittsalter: 44,7 Jahre) und im Jahr 2017 8 120 510 Versicherte (57,7% weiblich, Durchschnittsalter: 47,2 Jahre). PTBS wurde anhand mindestens einer gesicherten ambulanten ICD-10-Diagnose (F43.1) im jeweiligen Jahr identifiziert. In einer Sensitivitätsanalyse mit erweitertem Diagnosespektrum (ED) wurden zusätzlich gesicherte F43.2/.8/.9-Diagnosen berücksichtigt. Für die psychotherapeutische und pharmakologische Versorgung von Patienten mit PTBS wurden ambulante Versorgungsdaten analysiert. Relevante psychopharmakologische Substanzgruppen waren hierbei Antidepressiva, Antipsychotika, Anxiolytika und Stimulanzien.

Die Stichprobe Versicherter mit PTBS umfasste im Jahr 2008 23 698 und im Jahr 2017 54 156 Versicherte, von denen im Jahr 2017 93,7% (2008: 92,4%) älter als 19 Jahre waren. Alle Analysen wurden nach Geschlecht und Alter stratifiziert (weitere Informationen zur Methode im Internet-Supplement).



► **Abb. 1** Administrative Prävalenz der PTBS und der erweiterten Diagnosegruppe (ED) 2008 und 2017 nach Alter und Geschlecht (Angaben in Prozent, F = Frauen, M = Männer).

## Ergebnisse

Die administrative Gesamtprävalenz von PTBS in Deutschland lag im Jahr 2008 bei 0,3% und im Jahr 2017 bei 0,7% (Frauen: 0,9%; Männer: 0,4%), mit einem leichten Altersgipfel in der Gruppe der 50- bis 54-Jährigen (► **Abb. 1**). Nach Altersgruppen aufgegliedert, stellte sich die PTBS-Prävalenz im Jahr 2017 wie folgt dar: 0–19 Jahre: 0,27%; 20–59 Jahre: 0,94%; ≥60 Jahre: 0,44%. Nach Bundesländern betrachtet zeigte sich eine deutliche Varianz der PTBS-Prävalenz, die von 0,5% (Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) bis 1,1% (Bremen) reichte.

Die Prävalenz von ED-Diagnosen stieg von 3,3% im Jahr 2008 auf 5,8% im Jahr 2017 an. Das Verhältnis inzidenter PTBS-Diagnosen zu inzidenten ED-Diagnosen lag im Jahr 2017 bei 1:14.

Die fünf häufigsten psychiatrischen Komorbiditäten bei Versicherten ≥20 Jahren mit PTBS-Diagnose waren im Jahr 2017 depressive Störungen (70,5%; ED: 49,5%), Angst- und emotionale Störungen (38,2%; ED: 23,7%), somatoforme Störungen (36,5%; ED: 30,6%), Substanzmissbrauch (18,8%; ED: 12,5%) sowie Persönlichkeitsstörungen (17,0%; ED: 6,2%) (► **Abb. 2**). In der Gruppe der 0- bis 19-Jährigen waren ADHS und Störungen des Sozialverhaltens weitere relevante komorbide Diagnosen.

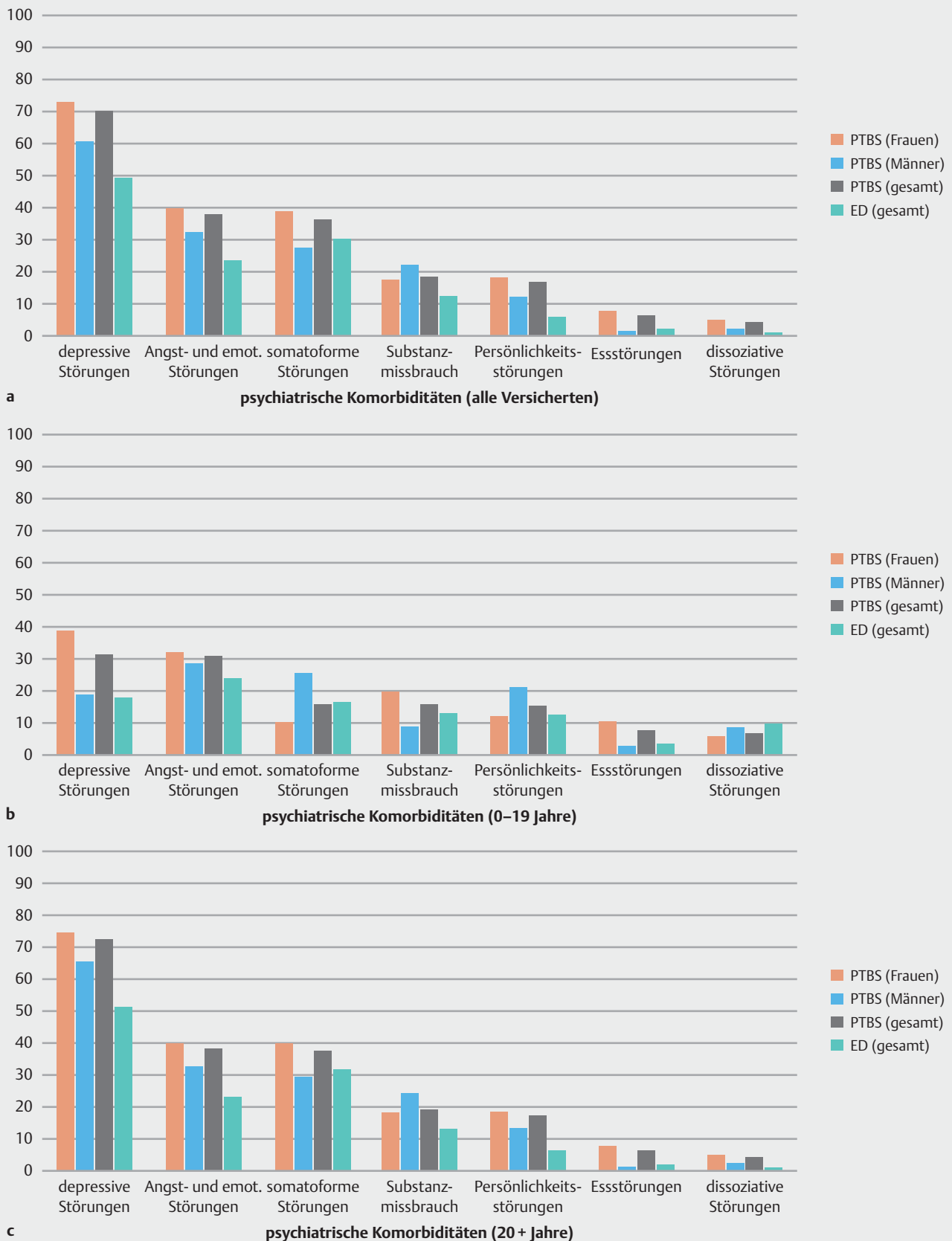
Im Jahr 2017 erhielten 74,4% (2008: 77,4%) der Versicherten mit PTBS-Diagnose ambulante psychotherapeutische Leistungen (ED: 63,5%). 76,5% der Frauen und 67,3% der Männer erhielten psychotherapeutische Leistungen. Es zeigten sich diskrete Häufigkeitsgipfel in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen (78,1%) und bei 50- bis 54-Jährigen (79,0%) (► **Abb. 3**). Der Anteil von Richtlinienpsychotherapie betrug 39,8% (ED: 28,1%).

Die geringste Häufigkeit psychotherapeutischer Leistungen fand sich in Sachsen-Anhalt (69,0%), die höchste in Bremen (82,7%). Die durchschnittliche Psychotherapieprävalenz betrug in den westdeutschen Bundesländern 74,0% und in den ostdeutschen Bundesländern 75,3% (Berlin: 78,7%).

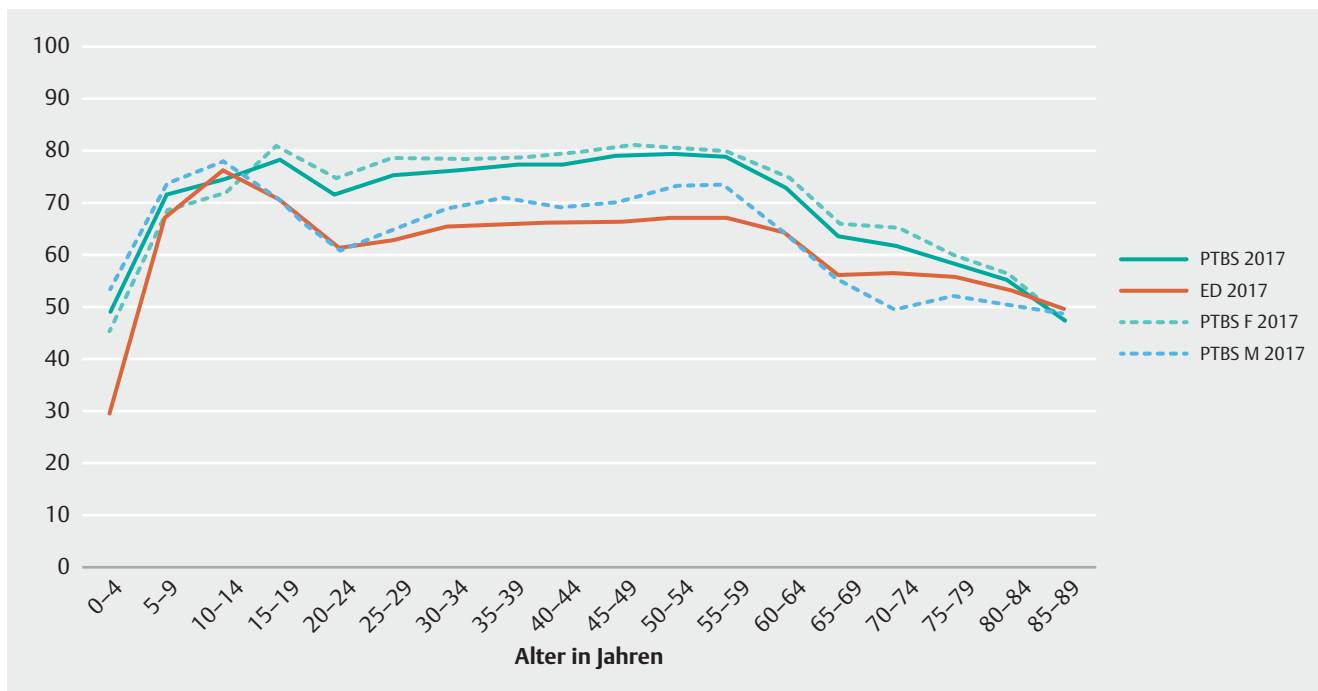
Die Gesamthäufigkeit ambulanter Psychopharmakotherapie bei Versicherten mit PTBS-Diagnose betrug im Jahr 2017 50,5% (ED: 35,2%). Die am häufigsten verordnete Substanzgruppe waren Antidepressiva: Ein Antidepressivum wurde 43,6% verschrieben, 14,4% erhielten eine Behandlung mit einem Antipsychotikum (► **Abb. 4**). Unter den Antidepressiva war Venlafaxin die am häufigsten verschriebene Substanz (15,7% aller Packungen), bei den Antipsychotika war dies Quetiapin (37,8% aller Packungen) (► **Tab. 1, online**). Mit Ausnahme der Substanzgruppe der Stimulanzien wiesen weibliche Versicherte mit PTBS-Diagnose höhere Anteile psychopharmakologischer Behandlung auf als Männer.

Kontakte zu ausgewählten Facharztgruppen sind ► **Abb. 1, online** zu entnehmen: 48,0% der Versicherten mit PTBS-Diagnose (ED: 34,7%) hatten mindestens einen Kontakt zur Facharztgruppe Psychiatrie/Neurologie.

Der Anteil Versichelter mit PTBS-Diagnose, der im Jahr 2017 stationär oder teilstationär in einer allgemeinspsychiatrischen Klinik behandelt wurde, betrug 7,4% (Männer: 7,5%; Frauen 7,4%; ED: 3,1%); im Jahr 2008 lag der Anteil bei 8,6%. Eine (teil-)stationäre psychosomatische Behandlung erhielten 3,2% (2008: 2,8%). Eine voll- oder teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erhielten im Jahr 2017 9,3% aller 0- bis 19-Jährigen mit PTBS-Diagnose (ED: 4,6%).



► **Abb. 2** Prävalenz häufiger psychiatrischer Komorbiditäten für Versicherte mit PTBS vs. ED im Jahr 2017. **a**) alle Altersgruppen, **b**) 0–19 Jahre, **c**) ≥20 Jahre (Angaben in Prozent).



► **Abb. 3** Anteil der Versicherten im Jahr 2017 mit PTBS vs. ED, die Psychotherapie erhalten (Angaben in Prozent, F = Frauen, M = Männer).

## Diskussion

### PTBS-Prävalenz

In der von uns untersuchten Stichprobe zeigte sich im Vergleich der Jahre 2008 und 2017 ein deutlicher Anstieg der administrativen Prävalenz von PTBS-Diagnosen. Dies kann am ehesten als Ausdruck einer gestiegenen Sensibilisierung von Ärzten und Patienten sowie einer Verbesserung der Versorgungslage für dieses Störungsbild gewertet werden (z. B. mehr OEG-Ambulanzen [19], mehr zertifizierte EMDRIA-Therapeuten [2008: 1045, April 2018: 1548; persönliche Mitteilung von EMDRIA Deutschland e. V.]) – insbesondere, da in zwei epidemiologischen Studien mit überwiegend vergleichbarem Design (DSM-IV-Kriterien, Altersspanne vom Jugendalter bis 90+ Jahre) keine Zunahme der Häufigkeit von PTBS-Diagnosen in der deutschen Bevölkerung berichtet wird (2,3% [1-Monats-Prävalenz] im Jahr 2005 [9] vs. 2,3% [12-Monats-Prävalenz] im Zeitraum 2009–2012) [11].

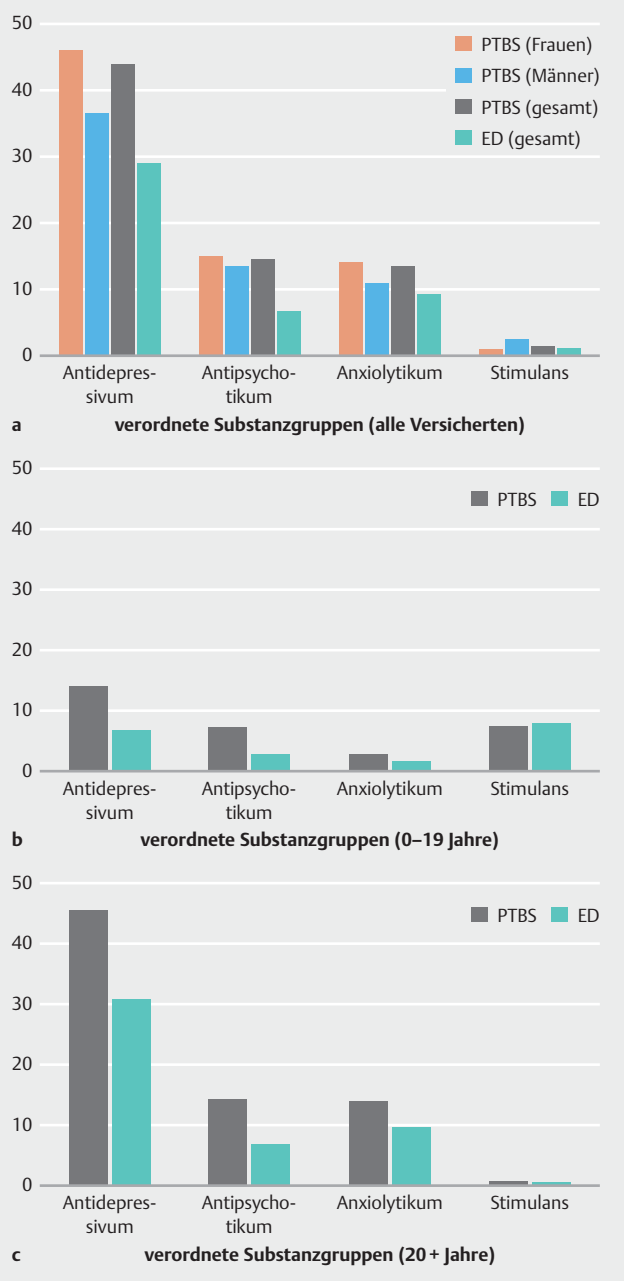
Die in unserer Studie gefundene administrative Prävalenz fällt demgegenüber deutlich niedriger aus. Dies kann zum einen dahingehend interpretiert werden, dass trotz der vorstehend angesprochenen Verbesserung der Versorgungslage ein Teil der Menschen mit PTBS nicht den Weg in die Versorgung findet (z. B. [20]). Ebenso ist es auch denkbar, dass die Diagnose PTBS nicht zutreffend diagnostiziert wird. Aktuelle Übersichtsarbeiten geben diesbezüglich für psychiatrische Settings einen Wert von ca. 30% [21] und für die Primärversorgung Werte von 48–100% nicht korrekt diagnostizierter Patienten mit PTBS an [22].

Denkbar wäre in diesem Zusammenhang auch, dass PTBS durch die codierenden Ärzte nicht scharf z. B. von Anpassungs-

störungen abgegrenzt wurden. Um dies aufzuklären, führten wir eine Sensitivitätsanalyse mit erweitertem Diagnosespektrum durch. Hier zeigte sich zum einen ein höheres ED-zu-PTBS-Verhältnis bei inzidenten im Vergleich zu prävalenten Diagnosen, was wir dahingehend interpretieren, dass diese Diagnosen im Sinne einer Vorläuferdiagnose von PTBS codiert werden. Zum anderen fanden sich unterschiedliche Profile von PTBS versus ED hinsichtlich der Komorbidität, der behandelnden Facharztgruppen sowie der Psycho- und Pharmakotherapie. Dieser Befund deutet darauf hin, dass die codierenden Ärzte durchaus zwischen PTBS und verwandten psychiatrischen Diagnosen zu unterscheiden wissen.

Die gefundenen Prävalenzunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sind bemerkenswert und nicht allein durch Unterschiede in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu erklären [23], Gründe dafür sollten in weiteren Studien untersucht werden.

Gleichfalls bemerkenswert ist, dass die Vorreiterrolle von Nordrhein-Westfalen in der Einrichtung von Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz ab dem Jahr 2006 trotz nachgewiesener Effektivität dieser Einrichtungen [24] sich nicht auf die administrative Prävalenz ausgewirkt zu haben scheint. In einer internationalen Studie der WHO mit Daten aus 26 Ländern wird die PTBS-Lebenszeitprävalenz nach DSM-IV-Kriterien im Erwachsenenalter für Deutschland mit 1,7% und im weltweiten Durchschnitt mit 3,9% (Spanne: 0,3–8,8%) angegeben [25]. Angesichts der Tatsache, dass in „high-income countries“ nur etwa die Hälfte der PTBS-Betroffenen medizinische Hilfe sucht, ist zumindest die administrative Prävalenz von 0,94% bei 20- bis 59-Jährigen mit der vorgenannten epidemiologischen Häufigkeit gut vereinbar.



► **Abb. 4** Prävalenz verordneter psychopharmakologischer Substanzgruppen im Jahr 2017 für Versicherte mit PTBS vs. ED. **a)** alle Altersgruppen, **b)** 0–19 Jahre, **c)** ≥20 Jahre (Angaben in Prozent).

Die hohe funktionelle Beeinträchtigung durch PTBS-Symptome in dieser sehr aktiven Lebensphase könnte auch der Grund für die höhere administrative Prävalenz im Vergleich zu den über 60-Jährigen sein, die möglicherweise seltener medizinische Hilfe suchen. Während in der Studie von Maercker et al. im Erhebungsjahr 2005 noch ein Prävalenzpeak in der Gruppe der über 60-Jährigen im Sinne einer „Kriegsgeneration“ gefunden wurde [9], ist dieser nun, 12 Jahre später, nicht mehr nachweisbar.

In der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen war die PTBS-Prävalenz geringer. Dies kann zum einen damit erklärt werden, dass in „high-income countries“ nur etwa ein Drittel aller PTBS-Fälle vor dem 18. Lebensjahr auftreten [25], zum anderen mit noch ausbaufähigen Versorgungsstrukturen für betroffene Kinder und Jugendliche. Repräsentative Daten aus dem Vereinigten Königreich geben für das Jahr 2017 eine PTBS-Häufigkeit von 0,6% für das Altersband 5–19 Jahre an, wobei die gegenüber unseren Daten höhere Prävalenz u. a. durch den Einsatz eines Screeningverfahrens zur Erfassung von PTBS-Fällen erklärt werden kann [26]. Die im Vergleich zu Männern deutlich höhere PTBS-Häufigkeit bei Frauen steht im Einklang mit der internationalen Literatur [25, 27], kann allerdings zumindest teilweise auch durch die Diagnosestellung anhand von ICD-10-Kriterien erklärt werden [28].

### Psychiatrische Komorbiditäten

Die in unserer Untersuchung gefundene Häufigkeit psychiatrischer Komorbiditäten entspricht weitgehend den Befunden epidemiologischer Studien [27, 29–31]. Erwähnenswert sind hier insbesondere Substanzmissbrauch und somatoforme Beschwerden als mit PTBS assoziierte psychiatrische Störungsbilder.

### Psychotherapeutische Versorgung

Dass etwa drei Viertel aller Versicherten mit PTBS-Diagnose eine psychotherapeutische Versorgung erhielten, ist positiv zu werten. Eine „hundertprozentige“ Psychotherapiequote ist bei dieser Patientengruppe nicht erwartbar, da bei einem großen Anteil PTBS-Betroffener die Symptome über die Zeit remittieren [27, 31].

Etwa 40% der psychotherapeutischen Behandlungen waren Richtlinien-Psychotherapien. Der Anteil traumaspezifischer Verfahren lässt sich leider aus unseren Daten nicht ableiten, eine deutsche Studie erbrachte für verhaltenstherapeutisch orientierte Richtlinienpsychotherapie bei PTSD einen Anteil von 74,3% leitliniengerechter Therapien [32].

Von 2008 nach 2017 ergab sich keine deutliche Veränderung des Anteils Versicherter mit PTBS-Diagnose, die psychotherapeutische Leistungen erhielten. Dies ist ein interessanter Befund, da insgesamt von einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung im Bereich Trauma im untersuchten Zeitraum ausgegangen werden kann. Vermutlich hat diese Entwicklung jedoch hauptsächlich den Aufwuchs an Behandlungsfällen kompensiert.

### An der Versorgung beteiligte Facharztgruppen

48,0% der Versicherten mit PTBS-Diagnose hatten mindestens einen Kontakt zur Facharztgruppe Psychiatrie/Neurologie. Dieser Anteil liegt damit deutlich höher als die im WHO Mental Health Survey angegebene Ziffer von etwa 28% erwachsener PTBS-Patienten [25], die den Weg in psychiatrische Versorgungsstrukturen fanden. Fast alle Versicherten hatten Kontakt zu Ärzten der Primärversorgung, d. h. Allgemein- oder Kinderärzten. Primärversorgern kommt angesichts der hohen PTBS-Prävalenz bei ihren Patienten [33] und einer zumindest ausreichenden Sensitivität von Diagnosen in diesem Setting [13] so-



mit potenziell eine wichtige Rolle bei der Identifikation Betroffener zu.

## Psychopharmakologische Versorgung

Antidepressiva als am häufigsten verordnete Substanzgruppe entsprechen dem Komorbiditätenprofil der PTBS, mit depressiven Störungen und Angst- bzw. emotionalen Störungen als häufigster psychiatrischer Komorbidität. Venlafaxin als am häufigsten verordnetes Antidepressivum (► Tab. 1, online) steht im Einklang mit den Leitlinien zur Behandlung von PTBS [6]. Eine Verordnung von Quetiapin bei PTBS als führender Indikation wäre zwar nicht leitliniengerecht; dennoch gibt es Hinweise auf eine Wirksamkeit von Quetiapin bei PTBS [34]. Auch ist denkbar, dass die Verschreibung von Quetiapin zur Behandlung komorbider psychiatrischer Störungen erfolgte. Während es hinsichtlich der Gruppe der Anxiolytika/Hypnotika grundsätzlich erfreulich ist, dass sich deren Verordnungshäufigkeit von 2008 nach 2017 etwas reduziert hat, stimmt es dennoch bedenklich, dass Zopiclon auf Platz drei und das Benzodiazepin Lorazepam auf Platz sechs aller verordneten Substanzen bei Versicherten mit PTBS liegt (► Tab. 1, online).

## Stationär-psychiatrische Behandlungen

Die Häufigkeit stationärer psychiatrischer Behandlungen sank im untersuchten Zeitraum etwas ab, was vermutlich einer verbesserten ambulanten Versorgung geschuldet ist. Angesichts der hohen psychiatrischen Komorbidität (und der erwiesenen Effizienz; z. B. [35]) erscheint die Prävalenz stationärer Aufenthalte in der gefundenen Größenordnung durchaus indiziert.

## Stärken und Schwächen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist die erste Studie zur administrativen Prävalenz von PTBS und zu deren Versorgung in Deutschland. Aufgrund der verwendeten Sekundärdaten war eine Vollerfassung aller Versicherten einer Krankenkasse möglich. Nachteile dieser Methodik sind, dass nur Versicherte, die eine Behandlung und/oder Diagnostik in Anspruch nehmen, erfasst werden und Informationen zu den verwendeten diagnostischen Instrumenten und Kriterien fehlen. Eine weitere Limitation ist, dass nicht eindeutig zugeordnet werden kann, für welche Indikation Psychotherapie und/oder Pharmakotherapie verordnet wurden. Auch ist die Versichertenpopulation der BARMER nicht repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung, sodass eine Generalisierung der Ergebnisse nicht möglich ist.

## Schlussfolgerung

Im untersuchten Zeitraum hat sich die Diagnosehäufigkeit von PTBS mehr als verdoppelt, was als Ausdruck einer vermehrten Sensibilisierung für dieses Störungsbild gewertet werden kann. Sie liegt jedoch weiterhin unter der in epidemiologischen Studien ermittelten Prävalenz, was auf Potenzial für eine verbesserte diagnostische Erkennung von PTBS hindeutet.

## Danksagung

Die Autoren danken der BARMER für die Bereitstellung der Daten.

## KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

- Im Vergleich der Jahre 2008 und 2017 hat sich die Prävalenz diagnostizierter Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) von 0,3% auf 0,7% mehr als verdoppelt, was als Ausdruck einer vermehrten Sensibilisierung für dieses Störungsbild gewertet werden kann. Sie liegt jedoch weiterhin unter der in epidemiologischen Studien ermittelten Prävalenz, was auf Potenzial für eine verbesserte diagnostische Erkennung von PTBS in Klinik und Praxis hindeutet.
- Erfreulicherweise erhielten etwa drei Viertel aller Versicherten mit PTBS-Diagnose eine psychotherapeutische Versorgung. Etwa 40% der psychotherapeutischen Behandlungen waren Richtlinien-Psychotherapien, eine Steigerung dieses Anteils ist erstrebenswert.

## Interessenkonflikt

Prof. Dr. Fegert ist Präsident der Deutschen Traumastiftung. Er erhielt in den letzten fünf Jahren Förderungen von der EU, der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), dem Bundesministerium für Verteidigung (BMVg), mehrerer Landesministerien, der Landesstiftung Baden-Württemberg, der UBS Optimus Stiftung, der Päpstlichen Universität Gregoriana, CJD, Caritas und der Diözese Rottenburg-Stuttgart. Darüber hinaus erhielt er in den letzten 5 Jahren von der DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, Pro Helvetia, Janssen-Cilag (J&J), Shire, verschiedenen Universitäten und Wissenschaftskollegs, Berufsverbänden, politischen Stiftungen sowie Bundes- und Landesministerien Reiseaufwandsentschädigungen, Vortragshonorare und Sponsoring für Konferenzen und medizinische Bildungszwecke. Jede Zuwendung wird beim Universitätsklinikum Ulm angemeldet.

Die übrigen Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] World Health Organisation. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organisation; 1993
- [2] LaGreca AM, Danzi BA, Chan SF. DSM-5 and ICD-11 as competing models of PTSD in preadolescent children exposed to a natural disaster: assessing validity and co-occurring symptomatology. Eur J Psychotraumatol 2017; 8: 1310591
- [3] Copeland WE, Shanahan L, Hinesley J et al. Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes. JAMA Netw Open 2018; 1: e184493
- [4] Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. Journal of Anxiety Disorders 2013; 27: 33–46
- [5] Habetha S, Bleich S, Weidenhammer J et al. A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2012; 6: 35
- [6] Schäfer I, Gast U, Hofmann A et al. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer; 2019
- [7] Rauch SAM, Kim HM, Powell C et al. Efficacy of Prolonged Exposure Therapy, Sertraline Hydrochloride, and Their Combination Among

- Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2019; 76: 117–126
- [8] Zoellner LA, Roy-Byrne PR, Mavissakalian M et al. Doubly Randomized Preference Trial of Prolonged Exposure Versus Sertraline for Treatment of PTSD. *Am J Psychiatry* 2019; 176: 287–296
- [9] Maercker A, Forstmeier S, Wagner B et al. Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 2008; 79: 577–586
- [10] Maercker A, Hecker T, Augsburger M et al. ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2018; 206: 270–276
- [11] Jacobi F, Hofler M, Siegert J et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 304–319
- [12] Peters L, Slade T, Andrews G. A comparison of ICD10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress* 1999; 12: 335–343
- [13] Kuwert P, Hornung S, Freyberger H et al. Trauma und posttraumatische Belastungssymptome bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen. *Der Nervenarzt* 2015; 86: 807–817
- [14] Münzer A, Fegert JM, Goldbeck L. Traumaanamnese und posttraumatische Stresssymptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. *Psychiatr Prax* 2015; 42: 96–101
- [15] Trautmann S, Goodwin L, Hofler M et al. Prevalence and severity of mental disorders in military personnel: a standardised comparison with civilians. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017; 26: 199–208
- [16] Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M et al. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand J Psychol* 2014; 55: 33–37
- [17] Sachser C, Berliner L, Holt T et al. International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *J Affect Disord* 2017; 210: 189–195
- [18] Tutus D, Pfeiffer E, Rosner R et al. Sustainability of Treatment Effects of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Findings from 6- and 12-Month Follow-Ups. *Psychother Psychosom* 2017; 86: 379–381
- [19] Beauftragter der Bundesregierung für die Anliegen von Opfern und Hinterbliebenen von terroristischen Straftaten im Inland. *Traumaambulanzen in Deutschland*. Berlin: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz; 2020
- [20] Münzer A, Rosner R, Ganser HG et al. Usual Care for Maltreatment-Related Pediatric Posttraumatic Stress Disorder in Germany. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2018; 46: 135–141
- [21] Zammit S, Lewis C, Dawson S et al. Undetected post-traumatic stress disorder in secondary-care mental health services: systematic review. *Br J Psychiatry* 2018; 212: 11–18
- [22] Greene T, Neria Y, Gross R. Prevalence, Detection and Correlates of PTSD in the Primary Care Setting: A Systematic Review. *J Clin Psychol Med Settings* 2016; 23: 160–180
- [23] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. *Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Fachgruppen und Regionen für die Jahre 2014 bis 2018 – Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/09. Berlin: 2019
- [24] Rassenhofer M, Laßhof A, Felix S et al. Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen. *Psychotherapeut* 2016; 61: 197–207
- [25] Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2017; 47: 2260–2274
- [26] Sadler K, Vizard T, Ford T et al. *Mental health of children and young people in England, 2017*. London: NHS Digital; 2018
- [27] McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 815–830.e814
- [28] Peters L, Issakidis C, Slade T et al. Gender differences in the prevalence of DSM-IV and ICD-10 PTSD. *Psychol Med* 2006; 36: 81–89
- [29] Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 247–256
- [30] Rojas SM, Bujarski S, Babson KA et al. Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts. *Journal of Anxiety Disorders* 2014; 28: 318–325
- [31] Barbano AC, van der Mei WF, Bryant RA et al. Clinical implications of the proposed ICD-11 PTSD diagnostic criteria. *Psychol Med* 2019; 49: 483–490
- [32] Equit M, Maurer S, Michael T et al. Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie* 2018; 28: 7–14
- [33] Spottswood M, Davydow DS, Huang H. The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry* 2017; 25: 159–169
- [34] de Moraes Costa G, Zanatta FB, Ziegelmann PK et al. Pharmacological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis of comparative efficacy and acceptability. *Journal of psychiatric research* 2020; 130: 412–420
- [35] Priebe K, Roth M, Kruger A et al. Psychiatrische Behandlungskosten von Patientinnen mit Posttraumatischer Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch vor und nach stationärer DBT-PTSD. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 75–84