

Editorial

Sich psychische Probleme einzugestehen und mit Anderen darüber zu reden, fällt vielen Menschen nach wie vor schwer. Einen Psychiater oder Psychotherapeuten aufzusuchen, kostet meist große Überwindung. Dazu kommt die Schwierigkeit sich in dem komplexen Versorgungssystem zu Recht zu finden. Als Folge bleiben viele psychische Erkrankungen unerkannt und unbehandelt. Die Hausarztpraxis als etablierter Kontakt zum Versorgungssystem ist deshalb von zentraler Bedeutung.

In der Theorie ist alles ganz einfach: Der Hausarzt untersucht seinen Patienten und schickt ihn, falls nötig, zu einem Facharzt weiter – zum Internisten, zum Orthopäden oder eben zum Spezialisten für psychische Erkrankungen. Doch ganz so einfach funktioniert es nicht.

Soll die Allgemeinpraxis in ihrer Lotsenfunktion auch für Patienten mit psychischen Beschwerden gestärkt werden, muss in Deutschland noch viel geschehen. Dieses Fazit legen die Ergebnisse der neuesten Gesundheitsmonitor-Umfrage nahe. Für Hausärzte ist es oft schwierig zu erkennen, welche vorgebrachten körperlichen Beschwerden möglicherweise einen psychischen Hintergrund haben. Sie müssen ermutigt werden, ihren Verdacht gegenüber dem Patienten auszusprechen – einem Patienten, der womöglich irritiert oder empört reagiert, weil er ja eigentlich eine Verschreibung oder höchstens eine technische Untersuchung erwartet hat. Und schließlich brauchen sie Informationen über die bestehenden Angebote der Sekundärversorgung, um ihre Patienten richtig zu lotsen.

Eine reibungslose „Vernetzung“ der Primärversorgung mit dem psychiatrischen und psychotherapeutischen System ist nicht nur in Deutschland eine Herausforderung. Länder wie Australien, Neuseeland und Kanada arbeiten an umfassenden nationalen Aktionsplänen. In den USA setzt ein Anbieter integrierter Versorgung auf die standardisierte Erfassung von psychischen Risikofaktoren in der Primärversorgung und kombiniert dies mit abgestimmten Handlungs- und Therapieplänen. Bei aller Unterschiedlichkeit in der Umsetzung geht es meist um eine stärkere Integration der psychischen Gesundheit in die Primärversorgung und eine Verbesserung der Koordination und Vernetzung mit dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem. Auch für Deutschland kann sich ein Blick auf Details der verschiedenen Varianten lohnen.

Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt

Von Timo Harfst und Dr. Gerd Marstedt

In Deutschland erkrankt etwa jeder dritte Erwachsene im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung (Jacobi et al. 2004). Dabei sind Frauen mit 37 Prozent deutlich häufiger betroffen als Männer mit 25 Prozent. Entsprechend spielen psychische Erkrankungen in der medizinischen Versorgung eine zentrale Rolle. Studien zeigen, dass von den Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen, ein Viertel akut an einer psychischen Erkrankung leidet (Linden et al. 1996; Üstün & Satorius 1995) – wobei allein schon sieben bis elf Prozent der Hausarztpatienten von depressiven Erkrankungen betroffen sind (Jacobi et al. 2002). Psychische Erkrankungen sind darüber hinaus die häufigste Ursache für eine frühzeitige Berentung (Deutsche Rentenversicherung Bund 2008) und liegen, was die Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen pro Fall von Arbeitsunfähigkeit angeht, an zweiter Stelle hinter den Krebserkrankungen.

Für viele Patienten mit psychischen Störungen ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle. Allein die Zahl der Betroffenen macht deutlich, dass der hausärztlichen Versorgung eine zentrale Rolle beim Erkennen psychischer Erkrankungen, der Versorgung leichter Formen und der Entscheidung über das weitere Vorgehen bei schwer erkrankten Patienten zukommt. Nahezu zwei Drittel der Patienten (62%), bei denen man in Studien eine psychische Störung (12-Monats-Prävalenz) feststellen konnte, wurden nach eigenen Angaben bislang noch nicht wegen psychischer Beschwerden behandelt. Von den behandelten Patienten hatten 42 Prozent wegen dieser Beschwerden im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal den Hausarzt konsultiert. Spezialisierte Versorgungsangebote (Nervenarzt: 32%, Psychotherapeut: 39%, Klinik: 20%) wurden zwar seltener, im internationalen Vergleich jedoch ausgesprochen häufig genutzt (Wittchen & Jacobi 2001).

Eine aktuelle Publikation des WHO World Mental Health Survey Consortium bemängelt in diesem Zusammenhang, dass in den Industrienationen selbst bei schweren Verläufen psychischer Erkrankungen noch immer 35 bis 50 Prozent der Patienten unbehandelt bleiben (Demyttenaere et al. 2004). Ein wichtiges Problem sind neben Koordinationsmängeln im Versorgungssystem die niedrigen Erkennungsraten psychischer Störungen.



In der hausärztlichen Versorgung werden nur 50 Prozent erkannt. Depressive Störungen werden sogar nur bei einem Viertel korrekt diagnostiziert (Gensichen et al. 2005).

Untersuchungen, die das Konsultationsverhalten von Patienten und das ärztliche Interaktionsverhalten betrachten, haben gezeigt, dass nur ein kleiner Teil der psychisch erkrankten Patienten bei Konsultation des Hausarztes von sich aus psychische Beschwerden benennen. Häufig stehen bei der Schilderung der Beschwerden körperliche Symptome im Vordergrund (Kruse et al. 2004; Linden et al. 1996). Hausärzte wiederum sind dafür ausgebildet, Diagnosen anhand der spontanen Beschwerdeschilderung der Patienten und ihres Verhaltens zu stellen, und fragen kaum routinemäßig nach psychischen Beschwerden und Symptomen (Kratz et al. 2003). Stehen dem Arzt keine einschlägigen Abfrageroutinen zur Verfügung, können psychische Erkrankungen leicht übersehen werden. Dieser Aspekt der Arzt-Patient-Interaktion gilt als einer der Gründe für eine reduzierte Erkennensrate psychischer Störungen in der hausärztlichen Versorgung.

Vor diesem Hintergrund wird mit den Daten des Gesundheitsmonitors aus der 15. Erhebungswelle im Herbst 2008 die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung (Primärversorgung) und der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung (Sekundärversorgung) bei psychischen Beschwerden und Erkrankungen näher beleuchtet.

Es wird untersucht, ob die Nutzung von Angeboten der Primär- im Vergleich zur Sekundärversorgung sachgerecht erscheint und welche Diagnosen psychischer Erkrankungen gestellt werden. Anschließend wird der Frage nachgegangen, ob es Patientengruppen gibt,

die zwar unter psychischen Beschwerden leiden, diese aber bei Ihrem Hausarzt nicht ansprechen wollen oder können, und welche Rolle dabei die Arzt-Patient-Kommunikation spielt.

Inanspruchnahme von Ärzten und Diagnosestellung bei psychischen Beschwerden

Gut ein Fünftel der Befragten (21%) gibt an, in den vergangenen zwölf Monaten wegen psychischer Beschwerden einen Arzt oder Psychotherapeuten kontaktiert zu haben. Ihren Hausarzt kontaktierten 18 Prozent aller Befragten, während sieben Prozent einen Psychiater, Psychotherapeuten oder Behandlungsangebote einer psychiatrischen Institutsambulanz in Anspruch nahmen (vgl. Tabelle 1). Unter den Sekundärversorgern wurden Psychiater mit 5 Prozent am häufigsten kontaktiert, gefolgt von Psychotherapeuten mit drei Prozent, während Angebote einer Psychiatrischen Institutsambulanz mit 0,5 Prozent selten genutzt wurden. Die Raten der Inanspruchnahme von Sekundärversorgern wegen psychischer Beschwerden sind vergleichbar mit Ergebnissen anderer Studien (Grobe et al. 2008).

Frauen fragten wegen psychischer Beschwerden mit 25 Prozent häufiger nach professioneller Hilfe als Männer mit 17 Prozent. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme steigt dabei mit dem Alter an, von 18 Prozent in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen bis auf 32 Prozent in der Altersgruppe zwischen 60 und 69 Jahren. Hinsichtlich des Familienstandes zeigen sich höhere Raten der Inanspruchnahme bei verwitweten und geschiedenen Patienten (44% bzw. 30%). Auch Befragte mit einer chronischen (körperlichen) Erkrankung suchten häufiger einen Arzt oder Psychotherapeuten wegen psychischer Beschwerden auf (30% vs. 13%). Für die Merkmale Partnerschaft, Schulbildung und Erwerbstätigkeit lässt sich dagegen kein bedeutsamer Einfluss nachweisen.

Der Hausarzt ist für die meisten Patienten (87%), die innerhalb eines Jahres wegen psychischer Beschwerden einen Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchten, der erste Ansprechpartner. Knapp zwei Drittel konsultieren ausschließlich ihren Hausarzt (66%), während ein Fünftel (21%) sowohl durch ihren Hausarzt als auch durch Andere (Psychiater, Psycho-

Inanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungseinrichtungen wegen psychischer Beschwerden

	N	Prozent*
Hausarzt	258	18,4
Psychiater	71	5,1
Psychotherapeut	47	3,4
Psychiatrische Institutsambulanz	7	0,5
Sekundärversorgung (Psychiater, Psychotherapeuten und/oder Psychiatrische Institutsambulanz) insgesamt	101	7,2
Ausschließlich hausärztliche Versorgung	196	14,0
Keine Inanspruchnahme wegen psychischer Beschwerden	1.106	78,8

* Mehrfachnennung möglich; Werte addieren sich nicht auf 100 Prozent

Quelle: Gesundheitsmonitor Herbst 2008, 15. Erhebungswelle, N=1.403

Tabelle 1

therapeut oder Psychiatrische Institutsambulanz) versorgt wurden. Weitere dreizehn Prozent nutzten ausschließlich Angebote der entsprechenden Sekundärversorgung. Die deutliche Mehrheit der Patienten beurteilt die Versorgung bei psychischen Beschwerden positiv – und dies unabhängig vom Versorgungsbereich: In der hausärztlichen Versorgung fühlten sich 86 Prozent der Patienten ausreichend behandelt und beraten, in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung waren dies 75 Prozent bzw. 72 Prozent.

Bei weniger als einem Viertel der Patienten (23%), die wegen psychischer Beschwerden einen Arzt oder Psychotherapeuten konsultiert hatten, wurde nach Angaben der Patienten auch eine Diagnose gestellt. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung berichten somit fünf Prozent der Befragten, dass bei Ihnen die Diagnose einer psychischen Störung gestellt wurde. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Patienten in der Primär- und Sekundärversorgung. Die häufigsten Diagnosen waren depressive Störungen (13%) und Angststörungen (7%).

Patienten, die wegen psychischer Beschwerden ausschließlich von einem Hausarzt behandelt wurden, erhielten nach Angaben der Patienten in lediglich acht Prozent der Fälle die Diagnose einer psychischen Störung. Dagegen wurde bei 53 Prozent der Patienten, die in den letzten zwölf Monaten wegen psychischer Beschwerden (auch) einen Psychiater oder Psychotherapeuten konsultiert hatten, eine psychische Störung diagnostiziert (vgl. Tabelle 2).

Die Häufigkeit von 21 Prozent, mit der Patienten wegen psychischer Beschwerden einen Arzt oder Psychotherapeuten konsultieren, entspricht ungefähr der Größenordnung der tatsächlich in der

Häufigkeit der Diagnosestellung „Psychische Störung“ bei Inanspruchnahme der jeweiligen Versorgungseinrichtung wegen psychischer Beschwerden

	N	Prozent*
Hausarzt	47	18,8
Psychiater	31	46,3
Psychotherapeut	31	68,9
Psychiatrische Institutsambulanz	4	57,1
Sekundärversorgung insgesamt	51	52,6
Ausschließlich hausärztliche Versorgung	16	8,4
Über alle Versorgungsbereiche hinweg	66	23,0

* Werte beziehen sich auf die jeweilige Grundgesamtheit der Patienten, die diese Versorgungseinrichtung wegen psychischer Beschwerden aufgesucht haben. Werte addieren sich nicht auf 100 Prozent

Quelle: Gesundheitsmonitor Herbst 2008, 15. Erhebungswelle, N=288

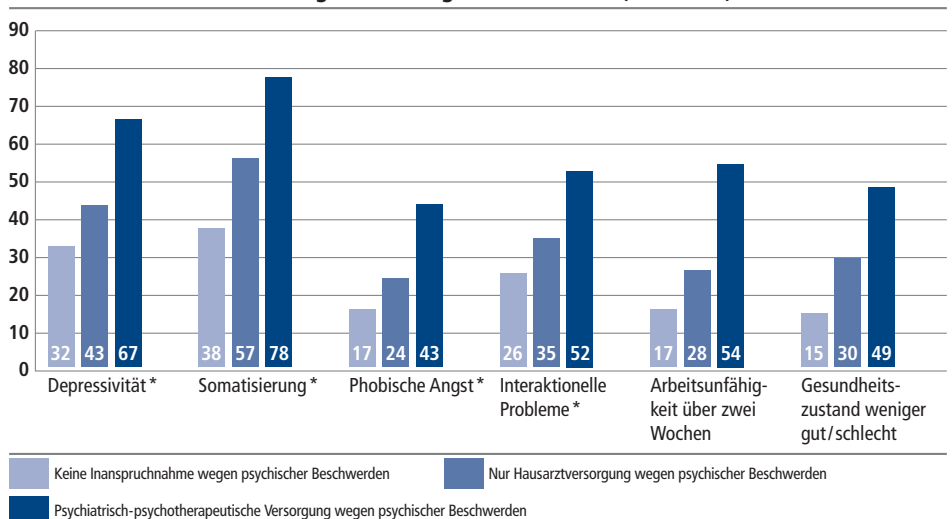
Tabelle 2

BertelsmannStiftung

ambulanten Versorgung gestellten Diagnosen psychischer Störungen. Beispielsweise beziffert der Gesundheitsreport 2008 der Techniker Krankenkasse den Anteil der als erwerbstätig Versicherten mit 22 Prozent, bei denen innerhalb des

Jahres 2006 mindestens einmal eine psychische Störung diagnostiziert wurde (Grobe & Dörning 2008). Die von fünf Prozent berichteten Diagnosen in unserem Datensatz fallen gegen diese Rate deutlich ab. Offenbar ist lediglich

Psychische, sozialmedizinische und allgemeine Beschwerden bei drei Inanspruchnahmegruppen. Anteil der Patienten mit auffälligen Belastungen im Bereich ... (in Prozent)



* Dargestellt ist jeweils der Anteil der Befragten mit auffälligen Belastungen auf den vier Skalen der Module A und C des HEALTH-Fragebogens oberhalb des spezifischen Cut-off-Wertes, berechnet gemäß dem Konzept der klinischen Signifikanz. Auffälligkeiten sind dabei nicht gleichzusetzen mit dem Vorliegen einer psychischen Störung

Quelle: Gesundheitsmonitor Herbst 2008, 15. Erhebungswelle, N=1.391 bis 1.402, Angaben zu AU-Zeiten: N=865

Abbildung 1

BertelsmannStiftung

ein Viertel der Patienten, bei denen im Laufe eines Jahres die Diagnose einer psychischen Störung gestellt wird, über diese Diagnose informiert und macht hierzu auch Angaben.

Betrachtet man den Schweregrad der psychischen Beschwerden, so wird deutlich, dass das Versorgungsgeschehen (soweit dies mit Befragungsdaten zu beurteilen ist) sich an rationalen Gesichtspunkten wie Dauer und Schwere der Störung orientiert. Psychisch weniger schwer beeinträchtigte Patienten werden überwiegend hausärztlich versorgt, während stärker beeinträchtigte Patienten auch in der Sekundärversorgung (mit-)behandelt werden: Patienten, die (auch) von einem Psychiater oder Psychotherapeuten behandelt werden, berichten häufiger über gravierende Symptome (Depressivität, Somatisierung, Phobische Angst) und mehr interaktionelle Probleme wie zum Beispiel starke Unsicherheit in zwischenmenschlichen Beziehungen. Darüber hinaus berichten diese Patienten über längere Arbeitsunfähigkeitszeiten und schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als Patienten, die ausschließlich durch ihren Hausarzt versorgt werden (Abbildung 1).

Patientengruppen mit unterschiedlichen Erwartungen an den Arzt

Nicht alle psychisch beeinträchtigten Patienten konsultieren deshalb auch den Hausarzt, Psychiater oder Psychotherapeuten. Die es tun, zeichnen sich womöglich durch eine besondere Gesundheitskompetenz aus oder haben weniger Scheu, wegen der psychischen Störungen professionelle Hilfe zu suchen. Eine aktive Nachfrage nach psychischen Beschwerden durch den Hausarzt und ein Kommunikationsverhalten, welches es den Patienten erleichtert, auch seelische Probleme anzusprechen, dürfte daher eine wichtige Stellgröße für eine frühzeitige Identifika-

Patientengruppen nach psychischer Beeinträchtigung und Benennung psychischer Beschwerden als Beratungsanlass

	N	Prozent
ohne psychische Beeinträchtigung („Unauffällige“)	759	60
Psychische Beeinträchtigung, diese beim Hausarzt aber nicht als Beratungsanlass genannt („Psychisch Unbehandelte“)	248	20
psychische Beeinträchtigung, diese beim Hausarzt auch als Beratungsanlass genannt („Psychisch Behandelte“)	252	20
insgesamt	1.259	100

Als psychisch beeinträchtigt definiert wurden Befragte, deren aktuelle Symptombelastung auf der Skala „Psychische und somatoforme Beschwerden“ des HEALTH-Fragebogens um zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert einer hausärztlichen Referenzstichprobe lag, welche die beiden Screeningkriterien des CID-S für depressive Störungen oder für mindestens zwei Kriterien für eine Angststörung erfüllten oder wegen psychischer Beschwerden einen Arzt oder Psychotherapeuten aufgesucht hatten.

Quelle: Gesundheitsmonitor Herbst 2008, 15. Erhebungswelle

Tabelle 3

| BertelsmannStiftung

tion und eine bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen sein.

Aus diesem Grund haben wir überprüft, wie verschiedene Patientengruppen das ärztliche Kommunikationsverhalten bewerten. Kriterien für die Gruppenbildung waren a) das Vorliegen psychischer Beschwerden und b) deren Thematisierung beim Hausarzt (vgl. Tabelle 3).

Zur Erfassung der aktuellen psychopathologischen Symptombelastung wurde das Modul A des HEALTH-Fragebogens verwendet (Rabung et al. 2009). Für das Screening von Depressionen und Angststörungen wurde der Composite International Diagnostic Screener (CID-S) eingesetzt (Wittchen et al. 1998). Auf dieser Basis werden zusammen mit den Patienten mit Kontakt zu einem Arzt oder Psychotherapeuten wegen psychischer Beschwerden insgesamt 40 Prozent der Befragten als psychisch beeinträchtigt eingestuft. In die folgenden Analysen werden lediglich die Patienten einbezogen, die in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einen Kontakt zu ihrem Hausarzt hatten.

Die Umfrageergebnisse zur ärztlichen Kommunikation machen deutlich, dass Patienten mit psychischen Beschwerden, die diese aber nicht als primären Beratungsanlass benennen, die ärztliche Kommunikation kritischer beurteilen als „Psychisch Unauffällige“ und „Psychisch Behandelte“ (Abbildung 2). Diese Differenzen finden sich insbesondere bei jenen Merkmalen des Kommunikationsverhaltens, die den emotionalen Aspekt der Kommunikation und die Arzt-Patient-Beziehung berühren. Insgesamt fallen die Differenzen zwar signifikant, aber doch eher gering aus und betragen maximal 15 Prozentpunkte.

Von neun bzw. 16 Prozent der Patienten mit psychischen Beschwerden wird bemängelt, dass psychische Probleme nicht ausreichend zur Sprache kamen. Dabei gibt die deutliche Mehrheit dieser Patienten (68%) an, dass dies an ihrem mangelnden Mut gelegen habe. Abwertendes oder ignorierendes Verhalten auf Seiten des Arztes wird dagegen in etwa 25 Prozent als Ursache angeführt.

Die Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich negativer Behandlungserfahrungen fallen dagegen sehr viel markanter aus (Abbildung 3). „Psychisch unbehandelte“ Patienten haben gegenüber den beiden Vergleichsgruppen weit häufiger den Eindruck, dass der Arzt mit „seinem Latein am Ende“ sei und suchten mangels Behandlungserfolg häufiger einen anderen Arzt auf.

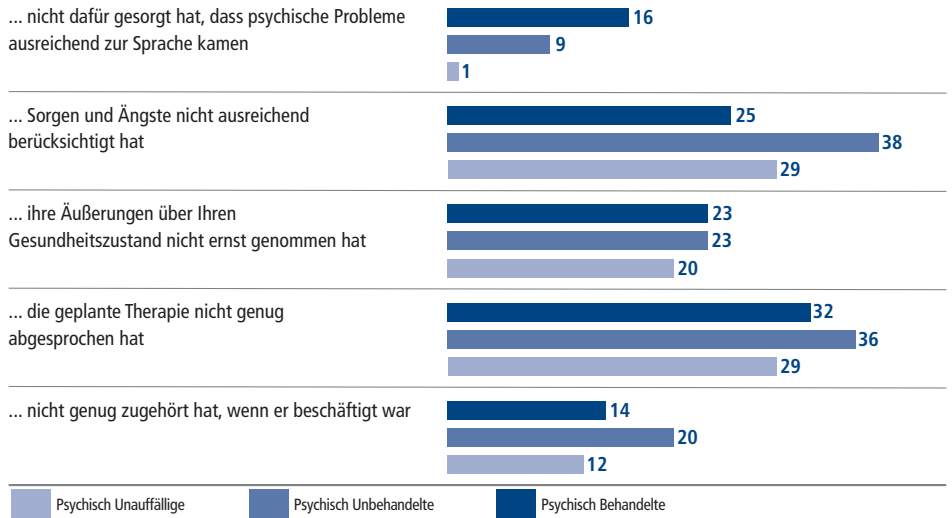
Die Zwischenbilanz unserer Analysen ist: Patienten, die aufgrund ihrer Angaben bei psychologischen Testverfahren im Fragebogen als psychisch beeinträchtigt einzustufen sind, die aber gleichwohl bei ihren Hausarztbesuchen diese Beschwerden nicht als Anlass nennen, bewerten viele Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation negativer als die beiden anderen Patientengruppen („Psychisch Unauffällige“, „Psychisch Behandelte“). Die Differenzen sind statistisch überwiegend signifikant, aber nicht sehr groß. Ein erheblicher Teil der „psychisch Unbehandelten“ hat bei einem vorwiegend somatischen Krankheitskonzept kein unmittelbares Interesse an einer Fokussierung psychischer Probleme durch den Arzt. Vielleicht aus Angst vor Stigmatisierung, aufgrund von Verdrängungs- oder Rationalisierungsmechanismen? Ein Teil dieser Gruppe wird daher den Arzt auch nicht kritisieren. Die deutlichen Differenzen in der Bewertung der ärztlichen Kommunikation und Therapie belegen allerdings, dass es nennenswerte Patientengruppen gibt, deren Beratungs- und Behandlungsbedarf unerkannt und unbefriedigt ist.

Fazit und Diskussion

Die Umfrage des Gesundheitsmonitors zeigt, dass für die meisten Patienten mit psychischen Beschwerden der Hausarzt die erste Anlaufstelle ist. Dabei werden zwei Drittel der Patienten, die mit dem Beratungsanlass psychischer Beschwerden einen Arzt oder Psychotherapeuten

Kritik am Kommunikationsverhalten des Hausarztes, nach Patientengruppen (in Prozent)

Patienten der jeweiligen Gruppe, die sagen, dass der Hausarzt ...



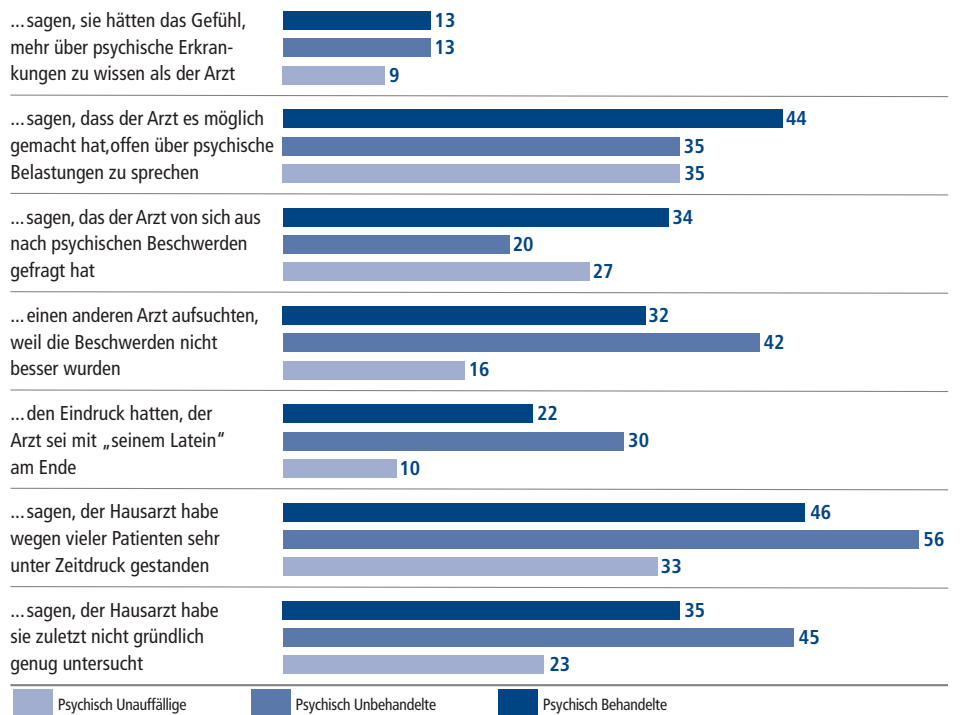
Quelle: Gesundheitsmonitor Herbst 2008, 15. Erhebungswelle, N=1.183 bis 1.248

Abbildung 2

| BertelsmannStiftung

Kritik an Kompetenz und Behandlung des Hausarztes.

Befragte in Prozent der jeweiligen Gruppe, die ...



Quelle: Gesundheitsmonitor Herbst 2008, 15. Erhebungswelle, N=1.159 bis 1.244

Abbildung 3

| BertelsmannStiftung

konsultieren, ausschließlich hausärztlich versorgt. Allerdings thematisiert nur die Hälfte der Patienten mit psychischen Beschwerden diese im Gespräch mit dem Hausarzt. Dies hat zur Folge, dass psychische Erkrankungen entsprechend seltener erkannt und später oder gar nicht versorgt werden.

Ein Verschweigen psychischer Beschwerden bedeutet jedoch nicht, dass Patienten an einer Fokussierung dieses Themas – aus welchen Gründen auch immer – kein Interesse haben. Häufig dürften in diesen Fällen unterschwellige Bedürfnisse vorhanden sein, die aber unbefriedigt bleiben. Deutlich wird dies daran, dass Patienten, die psychische Beschwerden nicht von sich aus thematisieren, relativ häufig über (so erlebte) Misserfolge im Rahmen ihrer hausärztlichen Versorgung berichten. Das bezieht sich sowohl auf die Diagnostik als auch auf Therapieentscheidungen des Arztes und negative Therapiefolge. Dabei spielt es keine Rolle, ob Patienten über einen Hausarzt als festen Ansprechpartner verfügen, der ihre Krankengeschichte der letzten Jahre gut kennt. Zwar bewerten Patienten mit einem Hausarzt als festem Ansprechpartner die ärztliche Kommunikation deutlich positiver (Marstedt 2008). Dies allein führt aber offenbar nicht dazu, dass es Patienten leichter fällt, ihrem Hausarzt gegenüber auch ihre psychischen Beschwerden anzusprechen.

Unsere Befunde zum Versorgungs geschehen bei den Patienten, die ihre psychischen Beschwerden selbst zum Beratungsanlass machen, zeigen, dass die Nutzung der Primär- und Sekundärversorgung sich am Bedarf im Sinne des Symptomschweregrads orientiert. Patienten, die psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsangebote nutzen, leiden im Allgemeinen unter starken Symptombelastungen, weisen längere

Arbeitsunfähigkeitszeiten auf und sind in ihrer allgemeinen Gesundheit stark beeinträchtigt.

Allerdings deuten sich bei der Versorgung von Patienten mit psychischen Beschwerden Defizite hinsichtlich der Diagnostik psychischer Störungen sowie in der Arzt-Patient-Kommunikation an. So steht die vom Gesundheitsmonitor erfasste Diagnoserate einer psychischen Erkrankung mit fünf Prozent im deutlichen Gegensatz zu den Referenzhäufigkeiten von über 20 Prozent aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Gleichwohl zeigt der jüngste GEK-Report am Beispiel der Diagnose Depression, dass in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung überwiegend diagnostische Restkategorien unspezifischer psychischer Störungen verwendet werden (Grobe et al. 2008). Unsere – über eine Befragung von Patienten erfassten – sehr viel niedrigeren Quoten psychischer Diagnosen deuten möglicherweise darauf hin, dass solche unspezifischen Diagnosen psychischer Erkrankungen den Patienten gegenüber nicht in der gebotenen Transparenz mitgeteilt werden.

Will man eine bessere Identifikation psychischer Erkrankungen sowie eine Optimierung der Behandlung erreichen, sind das aktive Nachfragen nach psychischen Beschwerden durch den Arzt und die systematische Diagnostik psychischer Störungen in der Primärversorgung wichtige Ansatzpunkte. Die Implementierung von Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen in der hausärztlichen Versorgung, insbesondere der zentralen Indikationen Depression und Angststörungen, verbunden mit spezifischen Fortbildungskonzepten und geeigneten Qualitätsmanagementinstrumenten zählen zu den Erfolg versprechenden Maßnahmeoptionen (Härter et al. 2003). Erfahrungen aus dem angloamerikanischen Raum weisen darauf hin, dass

sich eine Verbesserung der Erkennensrate psychischer Störungen in der Primärversorgung nur dann nachhaltig und wirksam auf die Versorgungsqualität auswirkt, wenn die entsprechenden Maßnahmen mit einer Integration und Vernetzung der Versorgungsbereiche einhergehen (Gilbody et al. 2003). Die Implementierung von isolierten Maßnahmen, wie zum Beispiel die Einführung eines Screening-Verfahrens für depressive Störungen in der Hausarztpraxis, würde dagegen voraussichtlich wirkungslos bleiben.

Dies spricht dafür, die hausärztliche Versorgung psychischer Störungen zu einer Primärversorgung auszubauen, bei der ergänzende Leistungen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens in die Versorgung mit einbezogen und die Rolle der Versorgungskoordination durch die Hausärzte gestärkt wird. Unsere Ergebnisse zu den Präferenzen für psychotherapeutische Behandlungen und Angebote der Selbsthilfe bei Depressionen und Angststörungen deuten auf Möglichkeiten hin, die Qualität der hausärztlichen Versorgung in diesem Bereich noch weiter zu verbessern. In Anlehnung an Entwicklungen des National Health Service in Großbritannien ist dabei an den Aufbau eines gestuften Behandlungsmodells (Stepped-Care-Modell) zur Versorgung psychisch Kranker zu denken (Bower & Gilbody 2005). Je nach Schwere und Verlauf der Erkrankung erhalten Patienten in diesem Versorgungsmodell Behandlungsangebote unterschiedlicher Intensität. Differenzierte Angebote der Selbsthilfe lassen sich dabei genauso in die Primärversorgung integrieren wie umgrenzte psychotherapeutische Behandlungsangebote. Dadurch könnten in der Primärversorgung gerade Patienten mit leichten psychischen Erkrankungen, die den größten Anteil in der Versorgung ausmachen, wirksam und effizient behandelt werden.

Literatur

- Althaus, D., Stefanek, J., Hasford, J. & Hegerl, U. (2002). Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. *Nervenarzt*, 73 (7), 659-664.
- Angermeyer, M. C., Breier, P., Dietrich, S., Kenzine, D. & Matschinger, H. (2005). Public attitudes to-ward psychiatric treatment. An international comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40 (11), 855-864.
- Bower, P. & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P. et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291 (21), 2581-2590.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2008). Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang, versch. Jahrgänge.
- Gensichen, J., Huchzermeier, C., Aldenhoff, J. B., Gerlach, F. M. & Hinze-Selch, D. (2005). Signalsituationen für den Beginn einer strukturierten Depressionsdiagnostik in der Allgemeinarztpraxis – Eine praxiskritische Einschätzung internationaler Leitlinien. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 99 (1), 57-63.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J. & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289 (23), 3145-3151.
- Grobe, T. & Dörning, H. (2008). Gesundheitsreport 2008 (Bd. 18). Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Grobe, T., Dörning, H. & Schwartz, F. W. (2008). GEK-Report ambulantärztliche Versorgung (Bd. 67). St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Härter, M., Bermejo, I., Schneider, F., Gaebel, W., Niebling, W. & Berger, M. (2003). Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement in der Versorgung depressiver Patienten. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 97, Suppl 4, 9-15.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W. & Wittchen, H.-U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt*, 73 (7), 651-658.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höflich, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34 (5), 597-611.
- Kratz, S., Härter, M., Bermejo, I., Berger, M., Schneider, F. & Gaebel, W. (2003). Beratungsanlass und Diagnosestellung bei depressiven Patienten in der hausärztlichen Praxis. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 97 Suppl 4, 50-56.
- Kruse, J., Schmitz, N., Woller, W., Heckrath, C. & Tress, W. (2004). Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? – Determinanten der hausärztlichen Identifikation psychischer Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 54 (2), 45-51.
- Linden, M., Maier, W., Achberger, M., Herr, R., Helmchen, H. & Benkert, O. (1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt*, 67, 205 - 215.
- Marstedt, G. (2008). Hausärztliche Versorgung: Die Bedeutung einer festen Anlaufstelle im Versorgungssystem. *Gesundheitsmonitor*, 2008 (1), 1-7.
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U. & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55 (2), 162-179.
- Üstün, T. B. & Satorius, N. (1995). *Mental illness in General Health Care across the world. An international study.* New York: John Wiley & Sons.
- Wittchen, H.-U., Höfler, M., Gander, F., Pfister, H., Storz, S., Üstün, T. B. et al. (1998). Screening for mental disorders: performance of the Composite International Diagnostic Screener (CID-S). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 8 (2), 59-70.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheits-surveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.

Versorgung von psychisch Kranken: Patentrezepte weltweit nicht in Sicht

Von Norbert Mappes-Niediek

Psychische Störungen und Erkrankungen machen in Europa ein Fünftel der Krankheitslast aus (McDaid 2005). Einer von vier Menschen geht im Laufe seines Lebens durch eine Phase psychischer Erkrankung, meistens einer Depression: Neuen Forschungsergebnissen des European Brain Council zufolge steigt die Depression im Jahr 2020 zur Volkskrankheit Nummer eins auf. Dennoch geben nur vier von 52 europäischen Staaten mehr als zehn Prozent der Gesundheitskosten für Menschen mit psychischen Problemen aus (McDaid 2005). Dabei ist noch nicht einmal sicher, dass mehr Mittel an der unzureichenden Versorgungssituation in jedem Falle etwas ändern würden. Nachhaltige Rehabilitation ist noch immer die Ausnahme und wird oft nicht einmal angestrebt. Eine Untersuchung aus England kommt zu dem Schluss, dass die Gesundheitsfachkräfte verschiedener Richtungen psychisch Kranken auch heute noch wenig Besserung zutrauen. Sie wieder in Arbeit zu bringen ist ihnen zum Beispiel gar kein vorrangiges Ziel (McDaid 2005).

In den letzten Jahrzehnten wurden weltweit in großem Stil psychiatrische Betten abgebaut – man „befreite“ Patienten aus Institutionen, die mehr die Gesellschaft schützen als dem Kranken helfen sollten. Doch meist folgte keine entsprechende Stärkung des ambulanten und präventiven Sektors. Moderne, präventive Ansätze gar, wie Gesundheitsförderung, spielen in den Budgets zur psychischen Gesundheit kaum eine Rolle. Und Stigmatisierung steht weiterhin als hohe Schwelle vor dem Zugang zum psychischen Versorgungssystem: Wer offen mit

einer psychischen Erkrankung umgeht, riskiert noch immer erhebliche Nachteile, vor allem am Arbeitsplatz.

Wenn Betroffene überhaupt freiwillig Zugang zum spezialisierten Versorgungssystem finden, dann über die Vermittlung des Hausarztes, dem man sich leichter öffnet und der nicht in Verdacht steht, einem Hilfesuchenden übel zu wollen. Aber Überweisungen zum Psychotherapeuten oder zum Psychiater liegen für viele Hausärzte außerhalb ihres Gesichtsfelds. Das ist nicht nur Borniertheit: Selbst Allgemeinärzte mit den besten Absichten trauen sich kaum zu, den Weg eines depressiven oder schizophrenen Patienten durch den Dschungel der Einrichtungen und Therapien zu begleiten und zu steuern. Die Lotsenfunktion des Hausarztes pflegt gegenüber psychisch Kranken zu versagen. Überall wird beklagt, dass das psychiatrische Sondersystem und das allgemeine Gesundheitswesen nicht gut genug vernetzt und auf einander abgestimmt sind.

Nach wie vor fehlt in den meisten EU-Ländern, auch in Deutschland, ein umfassender landesweiter Aktionsplan, der, statt bloß Papier zu bleiben, auch entschlossen umgesetzt wird. Weit vorne ist dagegen Australien, das 2006 mit der Umsetzung eines auf fünf Jahre angesetzten nationalen Plans begonnen hat. Die wohl interessanteste Neuerung dort ist die Bestellung von zwei „Koordinatoren“ für jeden psychisch Kranken: Einer lotst den Betroffenen durch das komplexe Versorgungssystem. Ein anderer bemüht sich seine bestmögliche gesellschaftliche

Integration (van Gool 2006). Während Australien neue Funktionen einführt, setzt Frankreich auf verbesserte Kompetenz bei den schon bestehenden Koordinatoren: den Hausärzten. Dafür bilden die Franzosen erst einmal die Allgemeinärzte weiter, geben ihnen Richtlinien für die Therapie an die Hand und bringen sie mit Fachärzten und Psychotherapeuten zusammen (Mousquès 2005). Den gleichen Ansatz hat auch in Israel die größte Krankenkasse Clalit gewählt. Seither ist das Wissen der Ärzte über Depression nachweislich gestiegen (Goldfracht 2006).

Die Wege, wie allgemeines Gesundheitswesen und psychiatrisches Sondersystem enger zusammengeführt werden können, sind unterschiedlich, wie man auch in den folgenden Beispielen sieht. Der Königsweg allerdings ist noch nirgends gefunden.

Zum Weiterlesen:

- McDaid, David et al. (2005) Policy Briefs Mental Health I-III. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- WHO Europe. (2008) Policies and Practices for Mental Health In Europe.

HealthPolicyMonitor (www.hpm.org):

- „Psychische Gesundheit: Vom Rand in die Mitte“. In: Gesundheitspolitik in Industrieländern 9. 39-56.
- Goldfracht, Margalit et al. (2006) Treating mental distress by primary care staff.
- Mousquès, Julien (2005). Psychiatric and Mental Health Plan 2005-2008.
- van Gool, Kees. (2006) National Action Plan on Mental Health.

USA: Integrierte Versorgung bei psychischen Erkrankungen

Unerklärlicher Bauchschmerz, nächtliches Aufwachen: Einzelne mögen solche Symptome wenig aussagen, aber zusammen deuten sie vielleicht auf eine Depression hin. Um psychische Krankheiten besser und früher zu erkennen, hat der US-Krankenversicherer Intermountain Healthcare ein standardisiertes IT-gestütztes Diagnose-System entwickelt, und die Versorgung psychisch Kranker in die Primärversorgung integriert.

Kommt ein Patient in ein Primärversorgungszentrum mit „Mental Health Integration“, achtet das gesamte Versorgungsteam nicht nur auf somatische Beschwerden, sondern auch auf das psychische Wohlbefinden. Kommen Erstbehandler und Patient zu dem Schluss, dass ein psychisches Problem vorliegen könnte, werden mit Hilfe eines Fragebogens Schwere und Behandlungsbedarf

ermittelt. Das System schlägt beispielsweise an, wenn jemand zwei somatisch nicht erklärbare Beschwerden äußert, dazu schlecht schläft, unter umweltbedingten Stressfaktoren leidet oder psychisch Kranke in der Familie hat. Für Risikofaktoren werden Punkte vergeben. Addieren sie sich, signalisiert das System automatisch eine Verdachtsdiagnose.

Behandelt wird nach einem „Kaskaden“-Ansatz, der je nach Komplexität der Erkrankung verschiedene Behandlungspfade vorsieht. Während die Primärversorger (Ärzte oder Nurse Practitioners) Diagnose und Basisbehandlung der Patienten übernehmen, kümmern sich Care Manager (speziell qualifizierte Pflegekräfte) um die Weiterbehandlung von Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf. Die Care Manager koordinieren zwischen Primärversorgung, den

spezialisierten Angeboten der psychischen Versorgung sowie dem sozialen und familiären Umfeld. Patient und Angehörige werden immer eng in den Behandlungsprozess einbezogen.

Erste Evaluationsergebnisse zeigen: „Mental Health Integration“ führt zu besserer Versorgungsqualität und mehr Lebensqualität. Für Patienten verbessert das Programm den Gesundheitszustand und erhöht die Zufriedenheit, von der auch Angehörige profitieren. Für Leistungsanbieter bedeutet die verbesserte interdisziplinäre Kooperation eine geringere Belastung bei der Behandlung psychisch Kranker. Die Kosten liegen nicht über denen der Regelversorgung.

www.hpm.org/de/Veranstaltungen/HPM_Events/Lunchtime__Mental_Health_Integration_.html

Neuseeland: Aktionsplan dehnt Versorgung aus

Schon zum zweiten Mal hat Neuseeland einen nationalen Aktionsplan gegen psychische Krankheit und Abhängigkeit aufgelegt. Bis 2015 sollen bessere Fachdienste, besonders für die Maori, zur Verfügung stehen und psychische Versorgung besser ins allgemeine Gesundheitswesen eingefügt sein. Besonderes Gewicht liegt auf leichtem und frühem Zugang zu fachmedizinischer Hilfe, effizienter Primärversorgung, besserer Qualität in der Psychiatrie, auf Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess und der Anbindung an die Gemeinden. Als einzelnes Ziel ist die Verringerung der Suizidquote avisiert, die in Neuseeland im internationalen Vergleich hoch liegt. Standen bisher Jugendliche im Fokus, wird die Prävention jetzt auf die Gesamtbevölkerung ausgedehnt. Dass es in Neuseeland bei Plänen nicht bleibt, hat sich schon eindrucksvoll gezeigt: Das Budget für psychische Versorgung wuchs nach einem ersten Aktionsplan zwischen 1993 und 2003 real um 128 Prozent.

www.hpm.org/survey/nz/a4/1 und www.hpm.org/survey/nz/a7/4

Australien: Hausarzt behält die Oberhand

In St. Vincent, einem Bezirk von Sydney, soll ein neues Modell die Schwelle senken, die ältere Menschen mit psychischen Problemen vom Besuch eines Spezialisten abhält. Die Behandlung bleibt ganz in den Händen des Hausarztes, der von Hilfesuchenden in der Regel zuerst konsultiert wird. Der Arzt nimmt seinerseits den Rat eines im Hintergrund wirkenden Spezialisten für psychisch Alterskranke in Anspruch und schickt seine Patienten allenfalls für einzelne Gespräche persönlich dorthin. Der Hausarzt ist es auch, der die Medikamente verschreibt. Von dem im Schatten aktiven psychiatrischen Sondersystem wird für den Patienten in der Regel nur eine Fachkrankenschwester sichtbar. Es sei ein „Mythos“, dass Spezialversorgung immer die bessere sei, meinen die Initiatoren des Modells. Sie stöhnen vor allem über die institutionellen Widerstände, die den Start des Projekts um fünf Jahre verzögerten.

WHO. (2008) *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. S. 69-76.

Großbritannien: Versorgt, wo der Bedarf am größten ist

Asylbewerber, Flüchtlinge und Obdachlose bilden einen großen Teil der Bevölkerung im Londoner East End. Zugleich liegt der Anteil der Menschen mit psychischen Störungen, vor allem Depressionen und Alkoholproblemen, beim Doppelten des Landesdurchschnitts. Die lokale Gesundheitsbehörde hat zwei große Gruppenpraxen damit beauftragt, sich um diese „verletzlichen“ Patienten besonders zu kümmern.

Die Praxen kommen ihrer Aufgabe in vier Schritten nach („Stepped care“-Ansatz). An erster Stelle steht Information über psychische Störungen und mögliche Hilfen. Es folgen Untersuchungen sowie Gruppen- und Verhaltenstherapie. Der dritte Schritt gilt den sozialen und wirtschaftlichen Problemen, die eine psychische Störung mit sich bringt: Die Patien-

ten werden zu Behörden und Organisationen geleitet, die ihnen helfen können. Der vierte Schritt sieht eine dauerhafte Betreuung von stabilisierten Patienten vor, nun wiederum in der Praxis. Besonderer Bedacht wird dabei auf sprachunkundige Migranten und deren kulturellen Hintergrund gelegt. Eine Telefon-Hotline steht für Nachfragen zur Verfügung.

Wer für die Behandlung in Frage kommt, erhält eine Einladung in die Praxis. Dort werden Tests auf Depression und Angstzustände von einer Fachkrankenschwester durchgeführt, und es wird eine psychosoziale Anamnese erhoben. Von der Behandlung in einer normalen Arztpraxis unterscheidet die in den Versuchspraxen sich vor allem durch die Zeit, die für einen Patienten aufgewendet werden kann. Die Praxen halten Kontakt zu psychiatrischen

und psychologischen Fachteams der Gemeinde, zu Kliniken, psychiatrischen Akutdiensten, Apotheken, Sozialberatern, Rechtsberatungen, zum ehrenamtlichen Sektor, Selbsthilfegruppen und Vereinen. Einmal im Quartal treffen sie sich mit Psychiatern zu Fallbesprechungen. Von den zehn Ärzten in beiden Praxen haben drei eine psychiatrische Weiterbildung absolviert.

Der Erfolg blieb nicht aus: Die Zahl der Hilfe suchenden Patienten stieg von anfangs 150 auf 215. Unter ihnen leiden knapp 6 Prozent an massiven psychischen Erkrankungen, gegenüber 0,9 Prozent in der Durchschnittsbevölkerung.

WHO. (2008) Integrating mental health into primary care: a global perspective. S. 173-183.

Kanada: Prominente Kommission gebildet

Drei Projekte gleichzeitig will die kanadische Regierung in Angriff nehmen: Über eine öffentliche Kampagne soll der Stigmatisierung von Kranken entgegengewirkt werden, eine „nationale Strategie“ soll entstehen, und zwischen Fachkräften der psychischen Versorgung, Interessengruppen und der Öffentlichkeit soll ein ständiger Informationsfluss ins Laufen kommen. Durchsetzen soll die ehrgeizigen Ziele eine auf zehn Jahre bestellte „Kommission für psychische Gesundheit“ unter dem liberalen Senator Michael Kirby. Sie besteht aus 17 Vollmitgliedern, sechs von der Regierung bestellten und elf aus Fachwelt und Organisationen. Hinzu kommen acht besondere Beiräte zu Themen wie Kinder und Jugendliche, Senioren, indigene Bevölkerung, Arbeitsplatz, Rechtsfragen oder Familie. Welche Instrumente der Kommission zur Verfügung stehen, ist im einzelnen noch nicht entschieden. Unklar ist vor allem, wie Versorgungslücken angegangen werden sollen.

www.mentalhealthcommission.ca

Slowenien: Endlich Rechte für Patienten

Nach langem Ringen soll ein Gesetz nun die Rechte psychiatrischer Patienten verbessern. Schon 2003 hatte das Verfassungsgericht die Praxis der Zwangseinweisungen für unzulässig erklärt. Dennoch dauerte es weitere fünf Jahre, bis die bürgerliche Parlamentsmehrheit es schaffte, die Rechtslage auf europäischen Standard zu heben. Opposition kam vor allem von den Psychiatern, die hinter der Stärkung der Patientenrechte Misstrauen gegen ihre Entscheidungen vermuteten. Der Streit um die Psychiatrie reicht in Slowenien schon fünfzehn Jahre zurück. Wenig Verständnis haben die Ärzte dafür, dass sie den Amtsgerichten über eingewiesene Patienten nunmehr regelmäßig Bericht erstatten müssen. Auch dass Menschenrechtsorganisationen eine Rolle spielen sollen, stieß in der Profession auf Kritik. Unstrittig dagegen war, den Kommunen in der Versorgung mehr Kompetenzen zu geben. Begrüßt wird das Gesetz von den Patientenorganisationen, den Vereinigungen von Angehörigen und den NGOs.

www.hpm.org/survey/si/a12/2

Japan: Aus der Anstalt ins Ungewisse

Mit jahrzehntelanger Verspätung hat Japan energisch damit begonnen, Anstaltsbetten abzubauen. Eine Zielzahl von 72.000, etwas mehr als ein Fünftel aller psychiatrischen Betten, wurde noch einmal um 4.000 erhöht. Erreicht sein soll das Ziel im Jahr 2015. Entlassen werden sollen vor allem Patienten mit leichteren Erkrankungen. Der Kontakt zur Klinik soll erhalten bleiben, sich aber auf kurze Aufenthalte und ambulante Besuche beschränken. Die Reform ist aber alles andere als populär. Die Gesellschaft fürchtet sich vor psychisch Kranken – besonders seit dem Massaker in der Ikeda-Schule in Osaka 2001, bei dem ein klassischer Drehtürpatient acht Kinder erstach. Die Regierung argumentiert damit, dass soziale Netzwerke auf die Patienten stabilisierend wirkten. Angehörige aber fürchten sich vor Überforderung. Selbst unter den betroffenen Patienten hält sich die Begeisterung über die Aussicht auf Freiheit in Grenzen. Zwar stehen ambulante kommunale Dienste zur Verfügung, die nach einer Reform auch flexibler auf unterschiedliche Bedürfnisse reagieren können. Wer sie in Anspruch nimmt, muss aber zuzahlen. Ganz ungeklärt ist überdies das Schicksal der Demenzkranken, deren Zahl in der alternden Gesellschaft am stärksten ansteigt und die schon jetzt einen großen Teil der psychiatrischen Betten belegen.

Erst 1950 war in Japan mit dem massiven Ausbau psychiatrischer Kliniken begonnen worden. Den Trend zur Entinstitutionalisierung, der in den 60-er Jahren begann, ging an Japan vorbei. Der Gedanke der Rehabilitation fand erst 1988 mit einem Reformgesetz Eingang ins System.

www.hpm.org/survey/jp/c4/2

Frankreich: Es blieb beim Plan

Ob Depressionen, Angststörungen oder Selbstmordraten: Was psychische Gesundheit angeht steht Frankreich – Europa-meister im Konsum von Psychopharmaka im Vergleich zu den europäischen Nachbarn schlecht da. Die Regierung legte 2005 einen groß angelegten – und noch großartiger publizierten – Plan zu „Psychiatrie und psychischer Gesundheit“ vor. Eine erste Bilanz fällt aber eher mager aus.

Nach zwei Jahren waren etwa 60 Prozent der vorgesehenen Mittel abgerufen worden. Meistens ging es dabei um Investitionen in Kliniken, begleitende Dienste und Ausbildung. Sichtbar wurde wenig: Von den geplanten Renovierungen war erst jede siebte in Arbeit und nur jede zwanzigste abgeschlossen. Auch was die „weichen Ziele“ des Plans angeht, fiel die erste Bilanz nüchtern aus. Noch immer dominiere vom psychisch Kranken oder Behinderten in der Öffentlichkeit das Bild eines „beunruhigenden und gefährlichen Wesens“, heißt es im Zweijahresbericht.

Hauptgrund dürfte eine am Ende doch unzureichende Ausstattung mit finanziellen Mitteln sein. Die Gesamtsumme von 1,5 Milliarden Euro kam zwar imposant daher. Aber nur 65 Millionen davon machte die reale Aufstockung für die psychische Versorgung aus; der stattliche Rest soll über Kredite und über Umschichtungen herangeschafft werden.

Von Skepsis begleitet ist auch das Konzept der Dezentralisierung: Während nunmehr die Gemeinden die Zuständigkeit für Schaffung und Finanzierung der ambulanten Einrichtungen haben, erfolgt die Verwaltung noch immer zentral.

www.hpm.org/survey/fr/a6/1

Großbritannien: Maßnahmenbündel statt Reform

Mit einer Serie von kleineren Reformen wollen England und Wales mehr Wahlfreiheit in der psychischen Gesundheitsversorgung schaffen, die Versorgung von Suchtkranken verbessern und die Sicherheit von Frauen in der stationären Psychiatrie erhöhen. Patienten sollen freier entscheiden können, wann sie wo welche Therapie in Anspruch nehmen. Hilfe leistet eine Website, www.mhchoice.org/uk. Ein flankierendes Psychisch-Kranken-Hilfegesetz sieht bei der ambulanten Behandlung eine verpflichtende Supervision vor. Sie soll sicherstellen, dass die Betroffenen die verschriebenen Therapien annehmen. Ziel ist die Vorbeugung von Rückfällen und damit zugleich eine Verbesserung der öffentlichen Sicherheit.

Als besondere Risikogruppe gelten Menschen mit der Doppeldiagnose psychische Krankheit und Drogenmissbrauch: Abhängige nehmen sich statistisch häufiger das Leben, geraten öfter mit dem Gesetz in Konflikt, werden schneller hospitalisiert und nehmen seltener ihre Medikamente als psychisch Kranke ohne Suchtproblem. Medizinisches Personal soll für den Umgang mit solchen Patienten besser geschult, Suchtkranken- und Psychiatrie-Versorgung besser integriert werden. Auch den Kranken selbst will man ihre spezifischen Risiken besser bewusst machen.

Dreißig Millionen Pfund (33 Millionen Euro) will die Regierung in die Sicherheit besonders von weiblichen Psychiatriepatienten investieren. Anlass ist eine Serie von Vergewaltigungen von stationären Patientinnen im Sommer 2006.

www.hpm.org/survey/uk/a10/3

Gesundheitsmonitor 2008

Wie ist es um die Gesundheitsversorgung in Deutschland bestellt? Welche Wirkung entfalten Gesundheitsreformen? Und wie beurteilen Versicherte das Gesundheitswesen? Zu diesen und anderen Fragen informiert der Gesundheitsmonitor alljährlich Funktions- und Entscheidungsträger aus Politik, Gesundheitswesen, Wissenschaft und Gesellschaft. Die Grundlage dafür bildet die gleichnamige Bevölkerungsumfrage, die die Bertelsmann Stiftung seit 2001 durchführt.

Das aktuelle Buch „Gesundheitsmonitor 2008“ beantwortet diesmal Fragen nach Gesundheitskompetenz und Informationsbedarf der Versicherten bei der Suche nach einem ambulant tätigen Arzt sowie der gesundheitlichen Lage einzelner Bevölkerungsgruppen. Ein weiterer Schwerpunkt ist der Wirkungs- und

Koordinationsmechanismus bestehender Versorgungsstrukturen – ebenfalls im ambulanten Bereich. Ferner werden Erfahrungen der Bevölkerung mit Rabattverträgen, Streitigkeiten mit Krankenkassen sowie mit der Akzeptanz von Maßnahmen des Nichtraucherschutzes näher beleuchtet. Abgerundet wird das reichhaltige Informationsangebot mit Erkenntnissen zur Versichertensicht auf Aspekte von zukünftigen Versorgungsstrukturen. Dazu gehören unterschiedliche Vorstellungen der Befragten vom Älterwerden und Altsein, die Einstellungen zu zentralen Fragen der Pflege, Vorstellungen zur Aufgabenverteilung zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen in der Arztpraxis sowie Erwartungen an zukünftige Gesundheitsreformen.



Jan Böcken, Bernard Braun, Robert Amhof (Hrsg.)
Gesundheitsmonitor 2008 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2008, 300 Seiten, Broschur, 37,- Euro, ISBN 978-3-86793-017-8
www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

BertelsmannStiftung

Programm Evidenzbasierte Politikstrategien
 Carl-Bertelsmann-Str. 256
 33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

www.gesundheitsmonitor.de
www.hpm.org

Redaktion
 Kerstin Blum
 Dr. Juliane Landmann

Autoren
 Timo Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer)
 Norbert Mappes-Niediek (freier Journalist)
 Dr. Gerd Marstedt (Universität Bremen)

Kontakt
 Heike Clostermeyer
 Tel.: (05241) 81-8 13 81
 Fax: (05241) 81-68 13 81
heike.clostermeyer@bertelsmann.de