

Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen

Frühzeitige Beratung, differenzierte Hilfen und bessere Patientensteuerung sind nötig

VON DR. FLORIAN STAECK

Bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen in Deutschland ist häufig nicht sichergestellt, dass jeder Patient zügig die für ihn passende bestmögliche Therapie erhält. Oft ist es dem Zufall überlassen, ob Patienten mit Hilfe eines verständnisvollen Hausarztes einen für sie geeigneten Psychotherapeuten und/oder Psychiater finden. Daher muss die Versorgungssituation psychisch Kranker mit psychotherapeutischen Leistungsangeboten kritisch beleuchtet werden. Ermutigende Signale gibt es dabei aus Unternehmen. Ein gut aufgestelltes betriebliches Gesundheitsmanagement kann einen wertvollen Beitrag im Hinblick auf ein „psychisch gesundes“ Arbeitsumfeld leisten. Auch können Arbeitsmediziner helfen, Betriebsangehörige bei Verdacht auf Vorliegen einer psychischen Störung schnell bei geeigneten Therapeuten unterzubringen. Ein kontinuierliches und kritisches Monitoring der Arbeitsbedingungen und -abläufe in den Betrieben sollte dieses Vorgehen begleiten.

Auf diese Zusammenhänge haben die Teilnehmer des 9. Frankfurter Forums bei ihrer Plenumstagung am 18./19. Oktober 2013 in Fulda hingewiesen. Dabei zeigten sie sich beeindruckt von der Höhe der volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Arbeitsausfall und Frühverrentungen in Folge psychischer Erkrankungen entstehen. So wurden allein die direkten Kosten für das Jahr 2008 auf 28,6 Milliarden Euro taxiert. Davon entfielen knapp 60 Prozent dieser Krankheitskosten auf den stationären Sektor. Hinzu kamen noch einmal indirekte Kosten durch den Produktionsausfall, die sich auf etwa 26,1 Milliarden Euro addierten. Die hohen Kosten zeigten zusätzlich zu dem gravierenden Verlust an Lebensqualität bei vielen Betroffenen, wie dringlich ein effektives Versorgungsmanagement in diesem Bereich sei.

Kontrovers debattierten die Teilnehmer, ob tatsächlich durchgängig von einer steigenden Prävalenz psychischer

Störungen gesprochen werden kann. Man könne keineswegs von einem generellen Trend sprechen, da beispielsweise bei Menschen mit Depressionen in bevölkerungs-basierten Studien keine steigende Prävalenz zu beobachten ist. So wurde beispielsweise die Frage gestellt, ob wir heute anders krank sind oder aber ob die Patienten korrektere Diagnosen erhalten, da psychische Erkrankungen heute weniger stigmatisiert sind als in der Vergangenheit, wo psychische Störungen hinter somatischen Diagnosen versteckt wurden. Entsprechend würden heute Patienten nicht mehr „Ausweichdiagnosen“ gegeben, die tatsächlich beispielsweise an einer Depression leiden.

Unterschiedlich wurde bewertet, ob und in welchem Ausmaß die Diagnose psychischer Erkrankungen besondere Herausforderungen birgt. So verwiesen Teilnehmer einerseits darauf, es gebe nun einmal „kein Röntgenbild“, das eine solche Störung belegen könne. Andererseits wurde dem entgegengehalten, eine korrekte Diagnosestellung bei psychischen und Verhaltensstörungen sei mit einer ähnlich hohen Sicherheit möglich wie bei anderen – somatischen – Erkrankungen.

Eine weitere Kontroverse entspann sich zwischen Forumsteilnehmern über die Qualität der hausärztlichen Versorgung in diesem Bereich. Die Hälfte der Patienten mit psychischen Störungen würden in der Primärversorgung nicht adäquat diagnostiziert, hieß es. Erinnert wurde daran, dass nur relativ wenige dieser Patienten einem Spezialisten vorgestellt werden. Rund 50 Prozent der Betroffenen würden beim Hausarzt versorgt, weitere 25 Prozent vom hausärztlichen Internisten. Besonders die psychiatrische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, bei der nahezu jeder Patienten einmal im Quartal von einem Hausarzt gesehen werde, sei unzureichend im Hinblick auf das Erkennen und Behandeln psychischer Störungen, hieß es.

Diese kritische Bewertung wurde von anderen Teilnehmern in Frage gestellt mit dem Hinweis, dass es an der Weiterbildung nicht liegen könne. Verwiesen wurde auf den für Hausärzte obligatorischen Weiterbildungsanteil von 80 Stunden für die psychosomatische Grundversorgung.

Breiten Raum in der Debatte nahm die Frage ein, wie eine bessere Versorgungssteuerung der Patienten erreicht werden kann. Bisher müsse man davon ausgehen, dass häufig sogar die „Gelben Seiten“ darüber entscheiden, bei welchem Therapeuten ein Patient landet. Schon die bisherige Bedarfsplanung gehe von falschen Annahmen aus, wurde beklagt. Denn es ist eine unzulässige Fiktion, dass ein in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Therapeut 40 Stunden pro Woche arbeite. Tatsächlich seien es lediglich 24 Therapiestunden. In einzelnen Regionen arbeiteten bis zu 30 Prozent der Psychotherapeuten sogar nur bis zu 16 Stunden pro Woche.

Sachkundige Debattenteilnehmer konnten zur Aufklärung beitragen: Das durchschnittliche Arbeitsdeputat von 24 Stunden pro Woche dürfe nicht unterschätzt werden. Es handle sich dabei keineswegs um „Hobbypraxen“. Vielmehr habe diese Gruppe von Therapeuten neben der Patientenversorgung noch weitere berufliche „Standbeine“ oder behandle zusätzlich PKV-Versicherte. Hervorgehoben wurde, dass eine Bedarfsplanung, die von völlig falschen Kapazitätsannahmen ausgeht, erhebliche Wartezeiten für die Patienten nach sich zieht. So müssten beispielsweise in Sachsen-Anhalt 43 Prozent der Patienten mehr als zwölf Wochen auf ein Erstgespräch warten, in Hessen sind es 38 Prozent, in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg vergleichsweise „nur“ 18 Prozent. Unklar sei, welche Schlussfolgerung daraus zu ziehen sei: Gebe es nun eine Unterversorgung in einzelnen Flächenstaaten oder eine Angebotsinduzierung in Stadtstaaten, wo viele

Patienten trotz überdurchschnittlicher Therapeutendichte auf ein Erstgespräch warten müssen, fragten Teilnehmer.

Zusätzlich zur mutmaßlichen quantitativen Angebotsverknappung von Therapeuten beklagten Teilnehmer die fehlende Transparenz über die Wirksamkeit verschiedener Therapieverfahren. Die entscheidende – unbeantwortete – Herausforderung bestehe aber darin, sagen zu können, welche Therapieform zu welchem Patienten passt. Daten der Krankenkassen zeigten, dass von wenigen Ausnahmen abgesehen die Verteilung der Therapieformen bei allen „F-Diagnosen“ gleich sei. Wenn ein Patient eine analytische Therapie erhält, tatsächlich aber eine Verhaltenstherapie angezeigt gewesen wäre, so könne diese Fehlsteuerung in der Versorgung schlimmstenfalls sogar die Krankheitslast des Betroffenen vergrößern, hieß es. Dem wurde entgegengehalten, dass eine indikationsbezogene Steuerung im Kontext dieser Erkrankungen besonders schwierig sei, da sich die endgültige Diagnose häufig erst während der Therapie herausstelle. Einig war sich das Plenum des Frankfurter Forums, dass diese Schwierigkeiten der Versorgungssteuerung den Bedarf weiterer Versorgungsforschung deutlich macht.

Auf breite Kritik unter Teilnehmern trafen die derzeitigen Versuche von KBV und GKV-Spitzenverband, das Bewilligungsverfahren für eine ambulante Therapie zu reformieren. Einer der Kernpunkte der im Herbst 2013 diskutierten Reform ist das Gutachterverfahren. 94 Prozent der Anträge passierten bisher ohne ernsthafte Prüfung diese Hürde für die sich anschließende Kurzzeit-Therapie von bis zu 25 Stunden. Die Bewilligung hänge nicht selten vor allem vom Formulierungsgeschick des Therapeuten ab, wurde kritisch angemerkt. Im geplanten künftigen Bewilligungsverfahren soll das Gutachterverfahren entfallen. Vorgeschaltet werden sollen stattdessen eine verpflichten-

de Sprechstunde von maximal zwei Sitzungen sowie eine verpflichtende Probatorik von drei Sitzungen.

Skeptische Kommentare fand der von KBV und GKV-Spitzenverband vorgesehene Einsatz „psychometrischer Messinstrumente“ in der Probatorik. Es gebe schließlich keine „Marker“, anhand derer man beurteilen könne, welche Erfolgsaussichten verschiedene Therapieformen hätten, hieß es. Wurde der geplante Wegfall des Gutachterverfahrens noch als möglicher Beitrag zur Entbürokratisierung gelobt, so fiel die Kritik um so heftiger an der „Mindestwartezeit“ von sechs Wochen aus, die sich an die Kurzzeit-Therapie anschließen soll. Für diese geplante Vorgabe fehle jede Evidenz, kritisierten Debattenteilnehmer.

Das Frankfurter Forum kam vor dem Hintergrund der defizitären Versorgungssteuerung zu dem Fazit, dass es stärker differenzierter Behandlungsangebote und eines verstärkten Qualitätsmanagements bedürfe. Dass sich Patienten mehrheitlich von selbst in das für sie richtige Behandlungsprogramm „herein selektieren“ sei ein – leider sehr unwahrscheinlicher – Idealfall, hieß es.

Besorgt zeigten sich Vertreter im Plenum über eine „Innovationskrise“ bei der Erforschung neuer Psychopharmaka. Seit 2004 habe es keine wesentlichen Neueinführungen mehr gegeben, die Forschungspipeline sei nicht gut gefüllt, wurde angemerkt. Klinische Studien hätten bei diesen Wirkstoffen mit einer Quote der Non-Responder von bis zu 60 Prozent zu kämpfen. Vor diesem Hintergrund bekämen Pharmaunternehmen zwar neue Präparate zugelassen. Der Hersteller könnten dann unter dem Regime der frühen Nutzenbewertung aber kaum nachweisen, wo der Zusatznutzen ihrer Wirkstoffe liegt. Es sei „beunruhigend“, dass sich Pharmahersteller aus der Forschung in diesem Bereich zurückzögen, hieß es. Einzelne Teilnehmer wiesen darauf hin, dass auch die Wirksamkeit der vorhandenen Antidepressiva unterschätzt werde. Therapeuten neigten gerade bei alten Menschen mit Depressionen dazu, diese Patientengruppe nicht konsequent zu behandeln. Dies wurde als „hoch gefährlich“ bezeichnet.

Probleme bei der zeitnahen und angemessenen ambulanten und stationären Versorgung von psychisch Kranken haben nachgelagert kostenträchtige Folgen für die Rentenversicherung, wurde in der Debatte des Forums deutlich. Wenn in Folge einer psychischen Störung ein Versicherter arbeitslos geworden ist, schwinde oft das Interesse an einer Rehabilitation, wurde argumentiert. Wenn dann erst das Rentenbegehren eines Versicherten manifest geworden sei,

richte sich sein Verhalten häufig darauf, Krankheitsbelege zu sammeln, die seinen Wunsch nach einer Erwerbsminderungsrente unterstützen, hieß es.

Auch an anderer Stelle komme es immer wieder zu Versorgungsbrüchen zwischen der Akutbehandlung und der Rehabilitation. Bislang dürfe beispielsweise die Psychosomatische Reha-Nachsorge (PRN) nicht zur Überbrückung einer möglichen Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie zu Lasten der GKV dienen. Hier wurde dafür plädiert, das Reha-Geschehen zu individualisieren: So sollte darüber nachgedacht werden, die medizinische Rehabilitation über vier Wochen hinaus zu verlängern, um so eine Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz zu ermöglichen.

Angesichts der stark steigenden Inanspruchnahme psychosomatischer Reha-Leistungen werde die Beratung durch Mitarbeiter der Rententräger immer wichtiger. Dies stelle eine Herausforderung für die – veränderte – Qualifizierung der Mitarbeiter bei den Institutionen dar, hieß es. Festzuhalten bleibe, dass Case-Management eine der aussichtsreichsten Möglichkeiten sei, um die Versorgungssteuerung der Versicherten zu verbessern, wurde betont. Zudem fehle es häufig nicht per se an Beratung, sondern es gebe zu wenig koordinierte Beratung der Versicherten.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement – wenn es gut organisiert ist – beurteilten Forumsteilnehmer als ein aussichtsreiches Setting, um frühzeitig bei Mitarbeitern psychische Störungen zu erkennen und rasch Hilfe zu organisieren. In den Betrieben liege der Fokus anstelle des Arbeitsschutzes heute immer mehr bei der Gesundheitsförderung und bei der Kompetenzentwicklung der Beschäftigten. Hervorgehoben wurde, dass ein zu geringer Handlungsspielraum eines Mitarbeiters an seinem Arbeitsplatz den zweitgrößten Beitrag zum Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit beitrage. Hier stelle die wachsende Digitalisierung ganzer Produktionsabschnitte in Betrieben ein großes Problem dar, da es dadurch unmöglich für einen Arbeiter werde, den gesamten Herstellungsprozess eines Produkts zu begleiten. Teilnehmer wiesen zudem auf die überragende Bedeutung guten Führungsverhaltens von Vorgesetzten für die „psychische Gesundheit“ am Arbeitsplatz hin. Deren Verhalten sei in Mitarbeiterbefragungen der einzige hoch signifikante Faktor gewesen, für den eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit bei 51- bis 62-jährigen Mitarbeitern nachgewiesen wurde, hieß es.

Aus gewerkschaftlicher Sicht wurde klargestellt, dass die Arbeitsintensität als ein Hauptfaktor angesehen wird,

der psychische Fehlbelastungen verursachen könne. Das bislang oft bemühte Argument der Arbeitgeber, die psychische Gesundheit hänge vor allem von persönlichen Voraussetzungen, nicht aber von betrieblichen Voraussetzungen ab, trage nicht, wurde vermerkt. Es gehe um weit mehr, als nur darum, erkrankte Mitarbeiter wieder fit zu bekommen. Ein Gesundheitsmanagement müsse vielmehr darauf zielen, psychische Fehlbelastungen in Unternehmen früh und effizient zu erfassen. Von daher sei es erfreulich, dass die gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie die Stressreduktion als eines von drei Arbeitsschutzzielen definiert habe. Allerdings dürfe eine Gefährdungsbeurteilung nicht allein auf Expertenvoten basieren, wurde gewarnt. Mindestens genauso wichtig sei es, mit den Beschäftigten zu reden, hieß es.

Debattenteilnehmer mahnten, der Fokus des Gesundheitsmanagements dürfe nicht allein bei Großbetrieben liegen, da der ganz überwiegende Teil der Beschäftigten in Deutschland bei Unternehmen mit weniger als 1000 Mit-

arbeitern arbeitet. Es stelle eine große Herausforderung dar, Erfahrungen aus dem Gesundheitsmanagement großer Konzerne auf klein- und mittelständische Betriebe zu übertragen. Ein Transfer von Gesundheits-Know-how in diesen Betriebe könne beispielsweise über die Handwerks-Innungen laufen, wurde vorgeschlagen. Dabei gelte es, das Thema beim Chef richtig zu platzieren. Das Argument, wonach das Gesundheitsmanagement wichtig für den Erhalt der Produktivität ist, mache das Thema „anschlussfähig“ auch für kleine Betriebe, hieß es.

Die Teilnehmer des 9. Frankfurter Forums zeigten sich überzeugt, dass ein vernetztes Vorgehen und eine koordinierte, frühzeitige Beratung der Betroffenen wichtige Beiträge leisten können, um die bisherigen Versorgungsbrüche, Fehlversorgungen und Wartezeiten bei psychisch kranken Menschen zu lindern.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wider.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM

Dr. med. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Eugen Brysch

Dr. med. Hans Georg Faust

Dr. rer. nat. Liane Fickler

Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Prof. Dr. med. Gisela Ch. Fischer

Dr. med. Jan Geldmacher

Magda Geldmacher

Prof. Dr. rer. pol. Frank-Ulrich Fricke

Dr. h. c. Jürgen Gohde

Dr. med. Kay Großmann

Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl

Eike Hovermann

Thomas Keck

Dr. rer. nat. Catharina Maulbecker-Armstrong

Hardy Müller

Dr. med. Axel Munte

Dr. med. Erika Ober

Dr. jur. Hanns Pauli

Dietmar Preding

Prof. Dr. rer. pol. Herbert Rebscher

Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm

Gudrun Schaich-Walch

Dr. med. Hubert Schindler

Dr. med. Nick Schulze-Solce

Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ

Dr. phil Florian Staeck

Oliver Stahl

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich

Eva Walzik

Michael Weller

Katharina Werner

