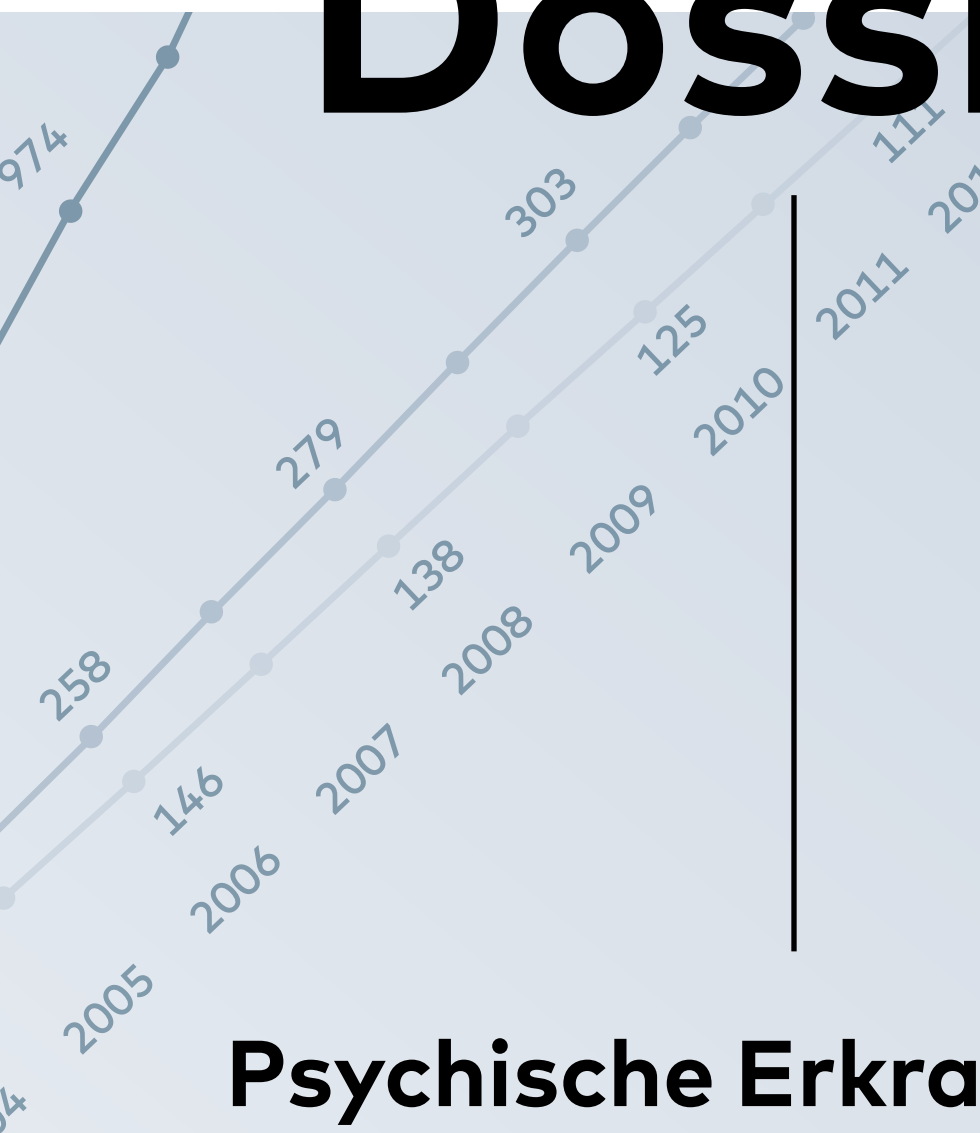


Dossier



2018

Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung

Eine Publikation der DGPPN

Inhalt



Einführung

S. 4

Kapitel 1

Prävalenz psychischer Erkrankungen

S. 6

Kapitel 2

Psychische Erkrankungen betreffen
alle Lebensbereiche

S. 14

Kapitel 3

Hilfen für Menschen
mit psychischen Erkrankungen

S. 24

Quellenverzeichnis

S. 36

Portrait

Die DGPPN

S. 38

Einführung



Die Psyche leidet – und das wird immer sichtbarer. Zeitnot, Stress, Entfremdung, Zukunftsängste: Zahlreiche Ursachen bringen die Seele aus dem Gleichgewicht. Mehr als jeder Vierte ist in Deutschland im Laufe eines Jahres betroffen. Ein hochspezialisiertes Versorgungsnetz und alle, die Verantwortung tragen, fangen sie auf. Doch der Hilfebedarf wächst und das Netz ist durchlässig. Ein Steuerungsproblem – aber auch ein gesellschaftliches.

Krankt die Psyche, ist der Mensch krank – und mit ihm die Gesellschaft. Wie sehr, offenbart sich schnell an den Begriffen und am Umgang mit psychisch erkrankten Menschen, aber auch an den Leistungsgrenzen eines Gesundheitswesens, das zu den Besten der Welt zählt. Das vorliegende Dossier lädt dazu ein, die Grenzen kennenzulernen und sich mit ihnen und dem Innersten unserer Gesellschaft zu beschäftigen. Es ist eine kritische Auseinandersetzung mit den Schwachstellen eines hochspezialisierten Versorgungsnetzes und der zunehmenden Zahl an Betroffenen sowie nicht zuletzt mit dem wachsenden Hilfebedarf. Psyche, Geist, Bewusstsein, Wahn und Wirklichkeit – in keinem anderen medizinischen Fach ist Krankheit so eng mit dem sozialen und gesellschaftlichen Kontext verbunden wie in der Psychiatrie. In der Art, wie sie gesamtgesellschaftlich anerkannt und ernst genommen wird, lassen sich grundsätzliche Maßstäbe für Humanität, Werteorientierung und Ethik ablesen.

Selten zuvor hat die psychische Gesundheit so großen Raum in der öffentlichen Wahrnehmung eingenommen wie heute. Selbst Politiker tragen offenkundig ihre Sorgen um das gesellschaftliche Miteinander vor. Auch Mediziner, Psychologen, die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen haben längst erkannt, dass gerade die psychische Gesundheit der entscheidende Ausgangspunkt für ein gesundes Leben und somit für eine gesunde Gesellschaft ist. Doch gleichzeitig sind psychische Erkrankungen immer noch mit erheblichen Unsicherheiten und Vorbehalten verbunden. Ein Paradox?

Wie gut kann also der Befund einer Gesellschaft sein, wenn jedem Vierten von uns ein psychisches Leiden diagnostiziert wird? Und wie lange kann es sich eine Gesellschaft leisten, dem Hilfebedarf der Betroffenen nicht adäquat zu begegnen? In Zeiten anhaltenden Wirtschaftswachstums und sinkender Arbeitslosigkeit ist das eigentlich keine schwierige Frage.

Das folgende Dossier trägt relevante Fakten und Daten aus der psychiatrischen Versorgung zusammen, um der Antwort auf die Spur zu kommen und die gegenwärtigen Versorgungsprobleme kritisch zu analysieren. Das erste Kapitel widmet sich der Prävalenz psychischer Erkrankungen und nimmt die Zahlen unter die Lupe. Welche Störungsbilder sind in welcher Häufigkeit in welchen Bevölkerungsgruppen festzustellen? Ein Arzt und eine Patientin berichten von ihrem Tagesablauf auf einer Station. Kapitel zwei behandelt die gravierenden Folgen psychischer Erkrankungen und portraitiert drei Menschen, die das Thema aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln bewerten. Dass psychische Erkrankungen alle Lebensbereiche betreffen und unterm Strich für die ganze Gesellschaft relevant sind, darin sind sich alle einig. Das ist *eine* Erkenntnis. Im dritten Kapitel stehen die Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vordergrund. Es wird aufgezeigt, wie komplex die Angebote sind und wie notwendig, um Betroffene am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen. Vier Standpunkte zum idealen Versorgungssystem, zu den Barrieren von heute und den Chancen von morgen runden das Kapitel ab.

Alle Menschen in diesem Dossier führen uns vor Augen, dass es an der Zeit ist, das Potenzial einer hochspezialisierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung besser zu nutzen, um sie zukunftsfähig zu machen. Aber auch den eigenen Umgang mit Betroffenen zu überdenken. Wir tragen alle Verantwortung.

Die DGPPN übernimmt als Stimme der psychischen Gesundheit ihren Teil der Verantwortung. Darüber, wer die DGPPN ist und was sie macht, gibt das Portrait am Ende des Dossiers Aufschluss.

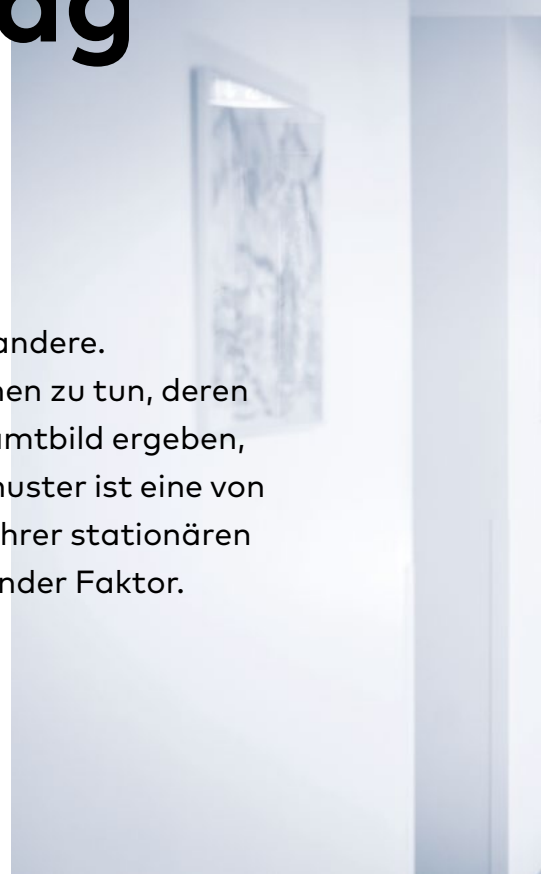
Wie viele Mittel will eine Gesellschaft aufbringen, um Menschen mit psychischen Erkrankungen das Leben zu erleichtern?

Nach Psychiatrie-Enquête Bundestag 1975

Zwei Stationen an einem Tag



Für Stefan Röpke ist kein Tag wie der andere. Als Arzt für Leib und Seele hat er es mit Menschen zu tun, deren Erkrankungen und Lebensgeschichten ein Gesamtbild ergeben, so einzigartig wie ein Fingerabdruck. Sandra Schuster ist eine von ihnen. Für sie ist ein geregelter Tag im Rahmen ihrer stationären Behandlung ein wichtiger genesungsfördernder Faktor.



6

/ **Stefan Röpke**
Psychiater an einer Uniklinik

06:00 UHR – Der Wecker klingelt jeden Tag um diese Zeit. Da meine Frau heute beruflich nach Hamburg muss, wecke ich die Kinder und treffe alle Vorbereitungen für ihren Kita-Tag. In Gedanken gehe ich durch, was heute in der Klinik alles ansteht.

07:55 UHR – Ich sitze an meinem Arbeitsplatz in der Klinik und fahre den Rechner hoch. Mit dem ersten Kaffee gehe ich die wichtigsten Mails durch. Dann greife ich zum Hörer und frage auf der Station nach, wie es Frau E. geht. Sie hatte gestern starke Suizidgedanken und sich selbst schwer verletzt. Sie brauchte viel Unterstützung bei der Emotionsregulation. Ich höre, dass die Belastungssituation gut gemeistert werden konnte und es keine bedeutenden Vorfälle in der Nacht gab.

08:30 UHR – Die Frühkonferenz steht bevor und das Team wartet, dass der Raum frei wird, denn die Kardio-

logen haben wieder ein paar Minuten überzogen. Wie ein Kollege aus dem Labor mir mitteilt, beginnen in Kürze die Analysen der Speichelproben für eine gemeinsame Studie. Die Frühkonferenz fängt mit den neu aufgenommenen Patienten der Nacht und den Entlassungen und Aufnahmen vom Vortag an. Ich habe ab heute über das Wochenende Bereitschaft. Nach der Konferenz beraten sich die Oberärzte über die Kodierungen für das neue Entgeltsystem. Die IT hat in den letzten Wochen Vorschläge eingeholt und umgesetzt.

09:00 UHR – Zeit für die Übergabe auf der Station: Wir sprechen alle Patienten gemeinsam mit den Pflegekräften und heute auch mit der Sozialarbeiterin durch. Ich werde informiert, dass sich der Zustand von Frau E. verschlechtert hat und beschließe, sie nach der Übergabe gemeinsam mit der Co-Therapeutin aus der Pflege und der behandelnden Psychiaterin zu sehen.



09:30 UHR – Wie sich herausstellt, hat Frau E. einen Konflikt mit ihrer Partnerin. Wir erarbeiten gemeinsam Lösungsschritte für die aktuelle Situation. Frau E. ist sichtlich entlastet.

10:10 UHR – Nun ist Schreibaarbeit an der Reihe. Ich korrigiere die Arztbriefe. Danach besprechen wir im Team die nächsten diagnostischen und therapeutischen Schritte.

12:00 UHR – Die kurze Mittagspause in der Kantine nutze ich, um mich mit Kollegen zu unserer Studie auszutauschen.

13:00 UHR – Die Fallvorstellung in unserem Hause findet statt. Wir besprechen die Symptomatik, die Krankheitsgeschichte sowie mögliche Diagnosen und Behandlungspläne eines Patienten mit einer seltenen Symptomatik.

14:00 UHR – Der nächste Patiententermin steht an. Ich besuche Herrn Z. mit unserer Psychologin, die sich unsicher ist, ob er nicht doch eine Schizophrenie haben könnte. Dass er Stimmen hört und Verfolgungsideen hat, deutet darauf hin. In der Exploration können wir die psychotischen Symptome als anspannungsassoziiert identifizieren und seiner Borderline-Störung zuordnen.

15:20 UHR – Eine Patientin möchte sich selbst entlassen. Gemeinsam mit dem Stationsarzt klären wir die Situation. Sie fühlt sich von unserem Team nicht ernst genommen. Nach dem Gespräch ist klar: Die Patientin bleibt auf Station und hat die Aufgabe, ihren Unmut sozial kompetent anzusprechen. Später berichtet sie stolz, dass sie alles habe aufklären können.

16:45 UHR – Heute komme ich recht pünktlich aus der Klinik, kann die Kinder aus der Kita abholen und etwas mit ihnen unternehmen. Später werde ich noch weiter am Forschungsantrag arbeiten.

23:00 UHR – Es ist Zeit, zu Bett zu gehen, denn morgen bin ich ab 08:30 Uhr wieder in der Klinik zur Visite und zur Besprechung der Aufnahmen aus der Nacht. /

Prof. Dr. med. Stefan Röpke
47, ist Oberarzt und Leiter des Bereichs Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung sowie der Autismusambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

/ **Sandra Schuster***
Patientin in einer Fachklinik

07:00 UHR – Ich werde vom Pflegepersonal geweckt. Anschließend erhalte ich die Morgenmedikation.

07:30 UHR – Im Gemeinschaftsraum frühstücke ich mit den anderen Patienten. Die Auswahl ist reichlich. Hier und da ergibt sich ein nettes Gespräch.

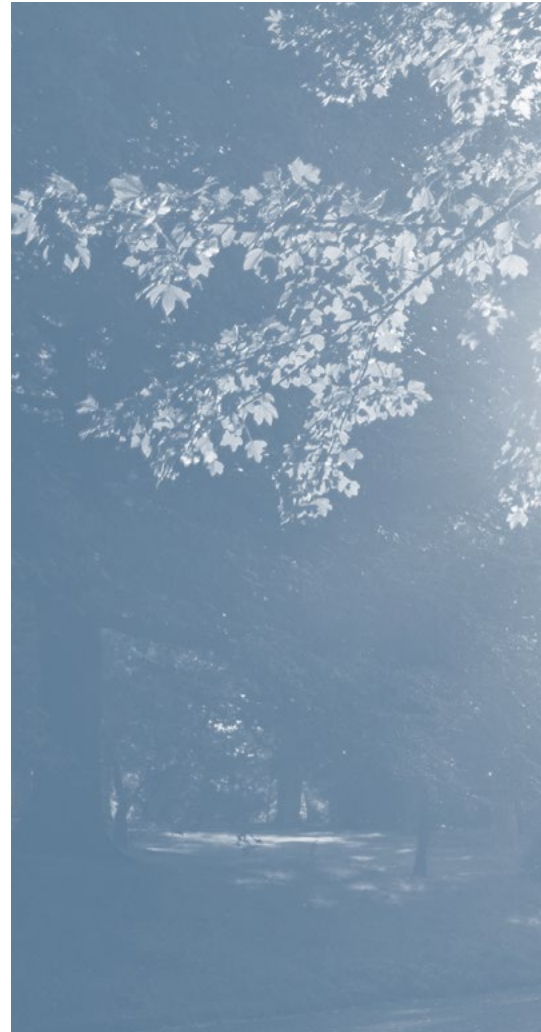
08:10 UHR – Der aktive Tag beginnt mit einem Morgen-spaziergang auf dem Klinikgelände, wo ich andere Patienten treffe. Ich freue mich, dass wieder einer von den netten Pflegern mitkommt. Das ist für mich immer ein guter Start in den Tag.

08:45 UHR – Ich begeben mich zum Patientenforum. Hier werden die nächsten Gruppenaktivitäten und die Verteilung der verschiedenen Aufgaben wie z.B. Tischdienst besprochen. Ich fühle mich hier gut aufgehoben, weil ich hier schnell in Kontakt mit anderen Patienten und mit dem Pflegepersonal komme. Die Schwestern und Pfleger bemühen sich sehr und haben immer ein offenes Ohr für auftretende Probleme.

11:00 UHR – Als Nächstes steht die Psychoedukation, ein Gruppengespräch mit unserem Psychologen, auf meinem Tagesprogramm. Thema ist die Psychose mit all ihren Facetten. Das ist für mich eine wichtige Einheit der Therapie. Diese Stunde hilft mir immer sehr, mich meiner Krankheit zu stellen und mit ihr umzugehen. Ich kann hier auch Fragen stellen und mich mit anderen Patienten austauschen.

„Ich fühle mich hier gut aufgehoben, weil ich schnell in Kontakt mit anderen Patienten und mit dem Pflegepersonal komme.“

Sandra Schuster





**„Der Morgenspaziergang
auf dem Klinikgelände ist
für mich ein guter Start
in den Tag.“**

Sandra Schuster

6

11:45 UHR – Ich gehe zum Mittagessen in den Gemeinschaftsraum mit den anderen Patienten. Es ist für mich eine große Hilfe, einen festen Ablauf in der Klinik zu haben.

13:00 UHR – Jetzt erwartet mich die Ergotherapie. In den 1,5 Stunden versuche ich mich nur auf meine Bewegungen und Wahrnehmungen zu konzentrieren, was mir sehr gut tut.

14:30 UHR – Ich bekomme eine Zwischenmahlzeit.

15:00 UHR – Beim Sozialkompetenzspiel in der Gruppe bekomme ich einige Hilfestellungen. Danach habe ich den Einzelgesprächstermin mit dem behandelnden Psychiater. Heute ist ein anstrengender Nachmittag. Morgen habe ich die Zeit zur freien Verfügung. Ich nehme mir vor, etwas Sport zu treiben.

17:30 UHR – Das Programm in der Klinik wird mit einem Abendbrot im Speiseraum beschlossen. Hier kommt es mir sehr laut vor, lieber hätte ich heute mehr Ruhe. Andererseits bin ich auch froh, dass ich nicht allein bin.

20:00 UHR – Ich erhalte meine Abendmedikation und mache mich bettfertig. Ich lese noch ein bisschen und belege mich dann zur Nachtruhe. /

Sandra Schuster*

53, ist an einer psychotischen Störung erkrankt. Sie war viereinhalb Monate in stationärer psychiatrischer Behandlung und ist inzwischen in die Tagesklinik gewechselt. Es ist nicht ihr erster Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik.

* Name geändert

Es kann jeden treffen



Prävalenz psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten [1]. Jährlich erfüllt mehr als jeder vierte Erwachsene in Deutschland die Kriterien einer voll ausgeprägten Erkrankung. Unterschiede in den Häufigkeiten zeigen sich vor allem zwischen den Geschlechtern, verschiedenen Altersgruppen und sozio-ökonomischen Milieus. Es wird angenommen, dass nur die Minderheit der Betroffenen aufgrund ihrer psychischen Beschwerden in Behandlung ist. Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems hat jedoch über die letzten Jahrzehnte stark zugenommen.

Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Basierend auf epidemiologischen Studien sind in Deutschland jedes Jahr 27,8% der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen [2]. Dies entspricht mit 17,8 Millionen Menschen der Einwohnerzahl von Nordrhein-Westfalen. In der gesamten Europäischen Union wird von bis zu 164,8 Millionen betroffenen Menschen ausgegangen [3]. Damit treten psychische Störungen genauso häufig auf wie andere Volkskrankheiten, etwa Bluthochdruck [4].

Die drei häufigsten Störungsbilder sind Angststörungen, affektive Störungen – zu denen Depressionen zählen – und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (siehe Abb.1). Beinahe die Hälfte aller Betroffenen weist mehr als eine Erkrankung auf (siehe Abb.2). Hierbei tritt die Kombination aus Angst- und affektiven Störungen am häufigsten auf [2].

Zu diesen Zahlen kommt die „Studie zur Gesundheit Erwachsener“ und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) des Robert Koch-Instituts. Die Ergebnisse dieser repräsentativen Umfrage erlauben valide Schätzungen über die erwachsene Bevölkerung. Erfasst wurde die 12-Monats-Prävalenz, also die Häufigkeit von voll ausgeprägten psychischen Erkrankungen im Zeitraum von zwölf Monaten vor der Befragung. Ein Vergleich mit Daten einer Vorläuferstudie (Bundes-Gesundheitssurvey 1998) ergibt keinen Hinweis darauf, dass psychische Erkrankungen insgesamt angestiegen sind.

Soziodemographische Unterschiede

Die Häufigkeiten sind über soziodemographische Gruppen hinweg verschieden ausgeprägt. Betrachtet man die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wird deutlich, dass jede dritte Frau und knapp jeder vierte bis fünfte Mann betroffen sind (siehe Abb.1). Hieraus entsteht häufig der

Pro Jahr erfüllt mehr als jeder vierte Erwachsene die Kriterien einer psychischen Erkrankung.

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung ist nicht angestiegen (siehe Spotlight 2).

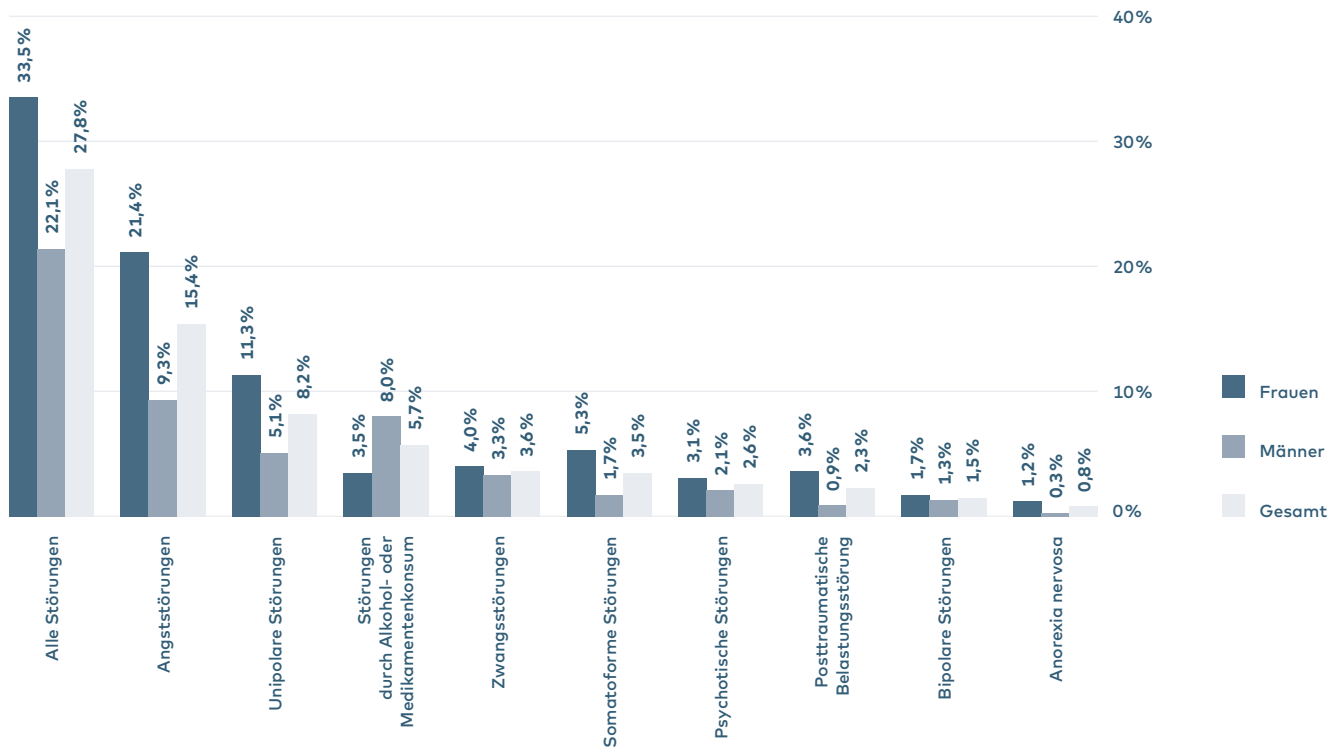


Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung, differenziert nach Geschlecht [2]

Eindruck, dass psychische Erkrankungen „Frauenkrankheiten“ seien (siehe Spotlight 1). Auch die Verteilung der Störungsbilder ist zwischen den Geschlechtern unterschiedlich: Während Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer von Angststörungen und affektiven Störungen betroffen sind, weisen Männer deutlich häufiger Störungen durch Substanzkonsum auf. Darüber hinaus zeigt sich, dass psychische Erkrankungen bei jungen Erwachsenen am häufigsten auftreten, während sie bei älteren Menschen am seltensten sind (siehe Abb.3) [2]. Außerdem wird deutlich, dass

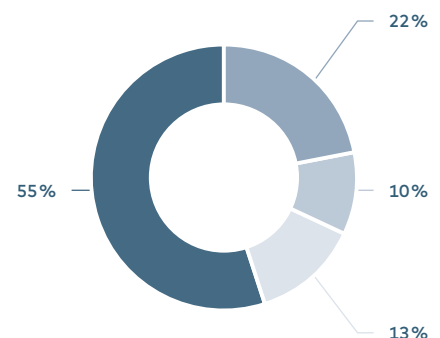


Abbildung 2: Psychische Komorbiditäten bei Menschen mit einer 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen [2]

Spotlight 1

Geschlechterunterschiede

Epidemiologische Daten weisen darauf hin, dass Frauen insgesamt häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Dieser Unterschied kann durch Rollenstereotype und unterschiedliche Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erklärt werden: Bei Frauen werden psychische Störungen eher erkannt und diagnostiziert, da sie sich häufiger in Behandlung begeben und die Symptome oft besser erinnern können als Männer. Auch die Reaktion auf Stressoren fällt unter den Geschlechtern unterschiedlich aus: Während Frauen mit Ängstlichkeit und Depressivität reagieren, zeigen Männer eher Aggressivität und Suchtverhalten. Außerdem sind Frauen im Durchschnitt sozioökonomisch schlechter gestellt, was das Erkrankungsrisiko generell erhöht.

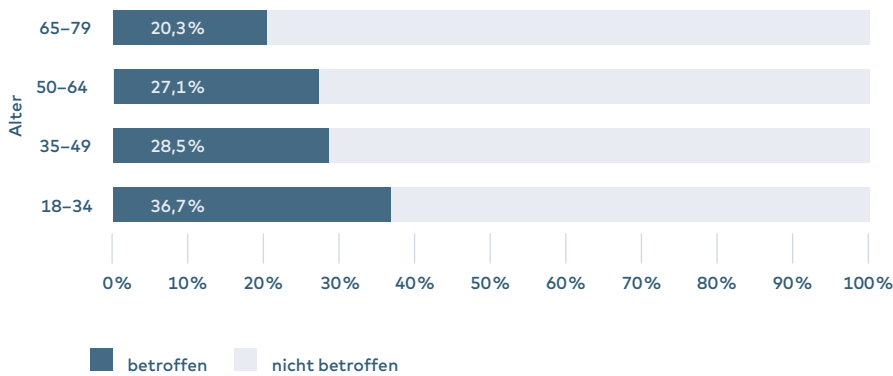


Abbildung 3: 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung, differenziert nach Altersgruppen [2]

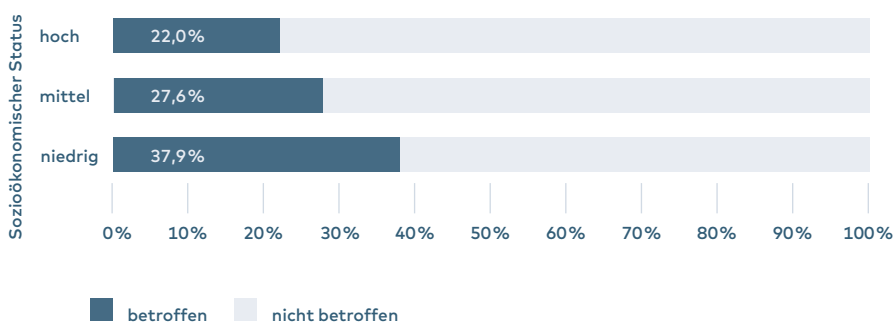


Abbildung 4: 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung, differenziert nach sozioökonomischem Status (Bildungsabschluss, berufliche Stellung, Einkommen) [2]

Junge und sozial schlechter gestellte Menschen sind häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen.

die Häufigkeit psychischer Erkrankungen einem sozialen Gradienten folgt (siehe Abb.4): Am häufigsten sind Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status betroffen, gefolgt von Menschen mit einem mittleren Status, während Menschen mit hohem Status die niedrigste Prävalenz aufweisen [2].

Psychische Erkrankungen sind in Deutschland regional gleichmäßig verteilt. Es besteht auch kein Unterschied zwischen den neuen und alten Bundesländern, lediglich ein Trend zu größeren Häufigkeiten in Metropolen wird beobachtet [2].

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Die Mehrheit der Betroffenen begibt sich nicht in Behandlung. Von den 17,8 Millionen Menschen mit einer 12-Monats-Diagnose berichten 19%, im Laufe des vorangegangenen Jahres das Gesundheitssystem aufgrund ihrer psychischen Beschwerden aufgesucht zu haben. 16% haben eine ambulante Behandlung, 2,3% eine stationäre Behandlung und 3,5% haben Leistungen von komplementären Institutionen (z. B. Beratungszentren oder Selbsthilfegruppen) in Anspruch genommen. Insgesamt entspricht dies umgerechnet etwa 3,4 Millionen Menschen [5].

Nur jeder fünfte Betroffene begibt sich in Behandlung.

Auch bei der Inanspruchnahme zeigen sich soziodemographische Unterschiede. So suchen Frauen deutlich häufiger als Männer eine Behandlung aufgrund psychischer Beschwerden auf. Bei beiden Geschlechtern begeben sich ältere Menschen am seltensten in Behandlung (Frauen 15%; Männer 4%). Entsprechend der höheren Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status geben arbeitslose Menschen deutlich häufiger an, irgendwann in ihrem Leben Hilfe gesucht zu haben (48% gegenüber 38% unter den Erwerbstätigen) [5].

Erhebliche Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zeigen sich beim Vergleich der unterschiedlichen Störungsbilder. Am häufigsten geben Menschen mit Sozialphobie, Generalisierter Angststörung, Dysthymie, Panikstörung und psychotischer Störung an, in den letzten 12 Monaten das Gesundheitssystem kontaktiert zu haben (zwischen 40 % und 50 %), am seltensten Menschen mit substanzbezogenen und Essstörungen (zwischen 10 % und 25 %). Die Inanspruchnahme steigt mit zunehmender Anzahl weiterer psychischer Erkrankungen, wobei selbst beim Vorliegen von vier und mehr Diagnosen nur 40 % der Betroffenen angeben, eine Behandlung aufgesucht zu haben [5].

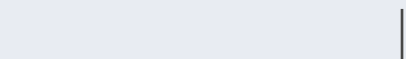
Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems hängt auch von der jeweiligen Erkrankung ab.

Neben epidemiologischen Daten aus Feldstudien werden Erkrankungsdaten auch über die Behandlungsdaten der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen und des Statistischen Bundesamts erfasst. Auch dort wird mehr als jeder vierte Erwachsene mit einer psychischen Diagnose (F-Diagnose) geführt [6]. Diese sogenannten administrativen Daten geben vor allem Aufschluss über die Versorgungslage psychischer Erkrankungen in Deutschland. Sie weisen alle auf einen stetigen Anstieg der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aufgrund psychischer Erkrankungen über die letzten Jahre hin. Eine detaillierte Beschreibung der Versorgungslandschaft und der Behandlungsdaten finden Sie in Kapitel 3.

Die dargestellten Zahlen zeigen zum einen, dass psychische Erkrankungen weite Teile der Bevölkerung betreffen. Hierbei sind bestimmte Gruppen besonderen Risiken ausgesetzt. Zum anderen wird deutlich, dass sich viele Betroffene nicht in Behandlung begeben. /

Spotlight 2

Steigender Bedarf



Während epidemiologische Studien („wahre Prävalenz“) keinen Anstieg psychischer Erkrankungen nahelegen, weisen Daten der Krankenkassen auf eine deutliche Zunahme von Diagnosen, Behandlungen und Krankheitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten 20 Jahren hin. Dieser scheinbare Widerspruch spiegelt eine veränderte Bedeutung psychischer Gesundheit wider. Eine steigende Sensibilität, eine gewachsene Beeinträchtigung durch die individuellen Störungsfolgen sowie mehr und bessere therapeutische Angebote führen dazu, dass psychische Erkrankungen eher als solche erkannt werden [7]. Somit nähert sich die Anzahl der Diagnosen, die im Versorgungsalltag kodiert werden, der wahren Prävalenz an.

Drei Blicke auf das Leben

Roland Urban, Christiane Wirtz, Janine Berg-Peer – drei Menschen, die sich nie begegnet sind und doch verbindet sie eine Gemeinsamkeit: In ihrem Leben spielen psychische Erkrankungen eine große Rolle. Der eine behandelt sie seit Jahrzehnten in seiner Praxis, die andere kämpfte sich nach ihrer Diagnose zurück ins Leben und die dritte unterstützt ihre Tochter jahrelang im Umgang mit ihrer Krankheit.

14

/ **Roland Urban**
niedergelassener Psychiater

Ursprünglich wollte ich Internist werden und hielt einige psychiatrische Grundkenntnisse im Hinblick auf die psychosomatischen Wechselwirkungen für sinnvoll. Ich trat eine Stelle in der psychiatrischen Universitätsklinik an und hatte von Beginn an das Gefühl, Tag für Tag neue Erkenntnisse zu gewinnen. Diese Jahre haben mich ganz besonders erfüllt in meinem beruflichen Leben. Ich habe mir angewöhnt, im Praxisalltag vor dem Beginn der Sprechstunde die Liste der einbestellten Patienten anzusehen und mir anhand der Dokumentation zu überlegen, bei wem möglicherweise ein höherer Zeitbedarf erforderlich sein könnte.

Seit einigen Jahren steigen die Patientenzahlen, während die Anzahl der psychiatrischen Praxen abnimmt. Gleichzeitig führt die Auslagerung von Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu erschwerten Bedingungen für die niedergelassenen Psychiater.

Die Bedarfsplanung anzupassen und die Sektorengrenzen zu überwinden, wären aus meiner Sicht wichtige Ziele. Auch müssten Lösungen her, wie wir Psychiater mit den gestiegenen Erwartungen umgehen können: Es



**„Immer mehr Menschen
nehmen psychiatrische
Hilfe an.“**

Roland Urban



wird uns zugemutet, alle möglichen Dinge zu regeln und zu beeinflussen, die im Grunde nichts mit der psychiatrischen Behandlung zu tun haben. Als Beispiel seien die vielfältigen Bitten der Patienten um Atteste genannt ebenso wie die ausufernden Anfragen von Gerichten, die ausführliche aber kaum honorierte Befundberichte mit prognostischen Einschätzungen anfordern.

Festzustellen ist auch, dass Patienten mit nicht primär organisch bedingter Symptomatik vermehrt einen Psychiater aufsuchen. Das ist gut, denn immer mehr Menschen nehmen psychiatrische Hilfe an. Aber diesem Zuwachs an Patienten und dem damit verbundenen Mehraufwand müsste dringend mit der Schaffung neuer Psychiatrie-Sitze Rechnung getragen werden. Allerdings dürfte dies nicht im Rahmen einer gedeckelten Gesamtvergütung geschehen. Insgesamt überwiegen die positiven Erlebnisse deutlich. Es gibt kaum einen Tag, an dem sich nicht ein Patient bedankt für eine Bes-

serung, für eine Hilfestellung in einer konkreten Situation, für die Verordnung eines genau zu diesem Patienten und diesem Krankheitsbild passenden Medikaments, für ein ermutigendes stützendes Gespräch oder einfach

nur für das Angebot, sich jederzeit bei einer Verschlechterung oder einer Zuspitzung der Symptomatik kurzfristig melden zu können. /

„Ich lebe mit der Diagnose Schizophrenie. Mein Therapeut würde sagen, ich habe die Neigung, auf Stress mit Psychosen zu reagieren.“

Christiane Wirtz

/ **Christiane Wirtz**
Journalistin

Ich lebe mit der Diagnose Schizophrenie. Mein Therapeut und Mentor würde sagen, ich habe die

Neigung, auf Stress und Belastungen, mit Psychosen oder mit Wahn zu reagieren. Eine Sichtweise, die ich für zukunftsweisend erachte, denn leider ist es heute meistens noch so, dass jemand mit einer solchen Diagnose so durchs Leben laufen muss, als wäre dieser Mensch fast ausschließlich mit dieser Eigenschaft behaftet. Mit 34 Jahren hatte ich meine erste Psychose – nach einer sehr traurigen Episode in meinem Leben: Ich hatte



**„Wir beide haben keine Angst mehr
vor Krisen: Wir wissen, wie wir damit
umgehen müssen und dass sie auch
wieder vorbeigehen.“**

Janine Berg-Peer

mich in einen verheirateten Mann verliebt, der zunächst wohl selbst dachte, er wolle sich von seiner Frau trennen, sich letztlich dann aber gegen mich entschieden hat. Insgesamt habe ich fünf Psychosen erlebt, von denen die letzte die schwierigste und langwierigste war. Sie hat insgesamt zweieinhalb Jahre gedauert. Durch sie habe ich meine Arbeit als Hörfunkredakteurin verloren, meine Eigentumswohnung, meine Lebensversicherung, also meine Existenzgrundlage und Altersabsicherung. Ich war danach, das war von 2013 bis 2015, vier Monate auf einer geschlossenen Station einer psychiatrischen Klinik, was für mich ein sehr einschneidendes Erlebnis war. Ich fühlte mich mitten aus dem Leben gerissen und wie ausgemustert, als mich jemand gegen meinen eigenen Wunsch und die eigene Einschätzung meiner Kraft plötzlich als „erwerbsunfähig“ eingestuft hat. Das war für mich wie ein zweites Stigma.

Meine Erfahrungen möchte ich umwandeln in ein Angebot für andere Betroffene, um mit ihnen als Coach an neuen Zielen und Perspektiven nach überstandenen Krisen zu arbeiten. Außerdem habe ich ein Radiofeature über meine Krankheit gemacht, was mir half, meine Geschichte in meinem Buch „Neben der Spur“ niederzuschreiben. Heute geht es mir besser. Ich bin auf gutem Wege, mir langsam wieder meinen Platz mitten in der Gesellschaft zurück zu erobern und bin gespannt, was die Zukunft bringt. Ich freue mich, mit anderen in Sachen Einsatz gegen die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen tätig werden zu können. /

/ Janine Berg-Peer Autorin

22 Jahre ist es her, da schlug sprichwörtlich eine Bombe in unser Leben ein: Bei meiner Tochter wurde Schizophrenie diagnostiziert. Zu der Zeit bot mir niemand Orientierung, niemand konnte mir Informationen geben. Ärzte wiesen jede Frage mit dem Verweis auf die Schweigepflicht ab. Der sozialpsychiatrische Dschungel war undurchdringlich: Wie oft habe ich den Satz gehört

„Da kann man nichts machen!“, wenn ich mich hilfesuchend an eine Institution wandte. Meine Tochter hatte das Glück, auf einen engagierten Psychiater zu treffen, der für sie einen Psychotherapeuten und Hilfe aus der integrierten Versorgung organisierte, sodass mit einer ambulanten Betreuerin viel Ruhe in unser Leben kam. Ihm und der Betreuerin verdanken wir viel. Für mich haben Psychiater eine wichtige Rolle: Wenn ihnen eine gute Beziehung zum Patienten gelingt, dann wird der Patient auch künftig Hilfe im psychiatrischen System suchen. Anders als vor 22 Jahren hat meine Tochter in den letzten Krisen Fachärzte gefunden, von denen sie sich verstanden fühlte.

Heute ist vieles besser: Mehr Informationen im Internet, Seminare für Angehörige, ambulante Versorgung, neue therapeutische Ansätze. Leider ist all das noch nicht überall vorhanden, sondern eher in größeren Städten und auch dort nicht ausreichend. Vor allem die ambulante Betreuung – eine der wichtigsten Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige – sollte weiter ausgebaut werden. Ein Problem ist es immer noch, schnell einen Termin zu bekommen, obwohl bei einer sich anbahnenden Manie oder Psychose sehr schnell reagiert werden müsste. Die Einbeziehung von Angehörigen ist zwar in den Behandlungsleitlinien festgehalten, aber ob und wie sie umgesetzt wird, ist immer noch von dem einzelnen Arzt und der Klinikleitung abhängig. Aber auch wir Angehörige können etwas tun: Mit Hilfe meiner Psychotherapeutin habe ich begriffen, dass Angehörige sich nicht von ihren Ängsten leiten lassen dürfen, sondern vernünftige Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihren Kindern finden müssen. Heute kann ich meine Tochter auf ihrem erfolgreichen Weg zurück ins Leben begleiten. Wir beide haben keine Angst mehr vor Krisen: Wir wissen, wie wir damit umgehen müssen und dass sie auch wieder vorbeigehen. /

Vor 22 Jahren glaubte ich, dass alles Schöne in unserem Leben vorbei sei. Diese Angst war unbegründet – wir leben jetzt ein anderes, aber ein gutes Leben. /

Dr. med. Roland Urban

ist niedergelassener Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie in Berlin. In den vergangenen Berufsjahren hat er schätzungsweise insgesamt 15.000 Patienten gesehen. Er engagiert sich seit Beginn seiner Tätigkeit berufspolitisch in verschiedenen Gremien.

Christiane Wirtz

52, ist vor rund zwei Jahrzehnten an Schizophrenie erkrankt. Sie ist studierte Historikerin, lebt in Köln und arbeitet als Autorin, Journalistin und Coach. Ihr Buch „Neben der Spur“ ist Anfang 2018 erschienen.

Janine Berg-Peer, M.A.

74, Autorin, Coach, hat vier Kinder, ist Tochter einer bipolar erkrankten Mutter und Mutter einer an Schizophrenie erkrankten Tochter. Die Tochter ist inzwischen 39 Jahre alt, arbeitet als EX-IN-Peer-Beraterin und führt ein selbstständiges Leben.

Die Folgen sind gravierend

Psychische Erkrankungen betreffen alle Lebensbereiche

Psychische Erkrankungen gehen mit Veränderungen des Denkens und Fühlens, der Wahrnehmung, oder auch des Gedächtnisses und des Verhaltens einher. Dies hat Auswirkungen auf praktisch alle Lebensbereiche der Betroffenen – aber auch für ihr persönliches Umfeld und die Gesellschaft als Ganzes. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind stärker von körperlichen Krankheiten, Sucht, sozialer Isolation, Armut, Arbeitslosigkeit und Suizid betroffen.

In Deutschland zählen psychische Erkrankungen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und muskuloskelettalen Erkrankungen zu den vier Hauptursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre. Dies lässt sich anhand der *disability-adjusted life years* (DALYs) ablesen, mit denen die Krankheits-

last, d. h. die Beeinträchtigung des normalen, beschwerdefreien Lebens durch eine Krankheit, erfasst wird. Mit diesem Maß werden nicht nur verlorene Lebensjahre durch verfrühten Tod, sondern auch subjektive Belastung und Beeinträchtigung, die durch eine Krankheitsgruppe entstehen, einbezogen. Ergebnisse der *Global Burden of Disease Study* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigen den Verlust von 2.765.881 gesunden Lebensjahren durch psychische Erkrankungen im Jahr 2010 (siehe Abb.5) [8].

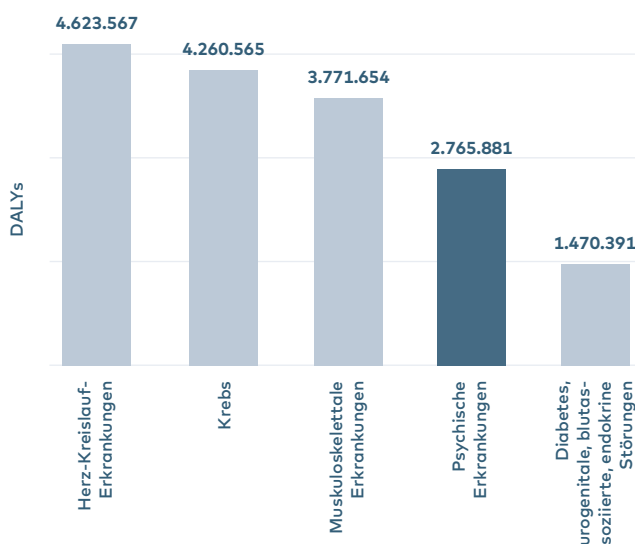


Abbildung 5: Hauptursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre [8]

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben eine deutlich geringere Lebenserwartung.

Nach Hochrechnungen der WHO werden im Jahr 2030 in den einkommensstärksten Ländern drei der vier mit den stärksten Beeinträchtigungen verbundenen Erkrankungen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen kommen: Depression, Alkoholabhängigkeit, Demenzen. Nur Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden eine ähnlich hohe Krankheitslast verursachen [9]. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben zudem im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine deutlich verringerte Lebenserwartung. Geschätzt wird ein Verlust von 1 bis 32 Jahren, wobei Menschen mit einer schweren und chronischen Erkrankung wie z. B. Schizophrenie das höchste Risiko aufweisen [10]. Im Jahr 2015 wurden 44.500 Tode (fast 5% aller Todesfälle) als Folge einer psychischen Erkrankung verzeichnet. Dabei

machen Demenzerkrankungen den Hauptanteil aus [11]. Suizide wurden dabei nicht berücksichtigt.

Folgen für die körperliche Gesundheit

Psychische und körperliche Funktionen stehen in enger wechselseitiger Beziehung (biopsychosoziales Krankheitsmodell). Dementsprechend treten psychische Störungen oftmals gemeinsam mit schweren oder chronisch verlaufenden körperlichen Erkrankungen wie beispielsweise Multipler Sklerose, Diabetes mellitus, Krebs, chronischem Gelenkrheuma oder unfallbedingten körperlichen Behinderungen auf. Insbesondere affektive Erkrankungen stehen in enger Wechselwirkung mit körperlichen Leiden, so liegt die Lebenszeitprävalenz für eine depressive oder eine Angststörung bei körperlich Kranken mit rund 40 % etwa doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (siehe Tab. 1) [12]. Die Berücksichtigung einer komorbiden psychischen Erkrankung bei der Behandlung einer somatischen Erkrankung verbessert die Prognose.

Das Risiko für eine Depression ist bei einer körperlichen Erkrankung fast doppelt so hoch.

Erkrankung	Prävalenz (in %)
Chronische Schmerzen	21–32
Diabetes mellitus	24
Epilepsie	55
HIV-Infektion	30
Hyperthyreose	31
Krebserkrankungen	20–38
Koronare Herzerkrankung	16–19
Morbus Parkinson	28–51
Schlaganfall	46

Tabelle 1: Prävalenz der Depression bei ausgewählten körperlichen Erkrankungen [13, 14]

Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und Frühberentung

Wenn aufgrund einer psychischen Erkrankung zum Beispiel kognitive Fähigkeiten abnehmen oder der Antrieb vermindert ist, dann kann kurz- oder langfristig die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen eingeschränkt sein [7]. Während sich der Anteil der durch psychische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) in den letzten 20 Jahren verdoppelt hat, ist der Anteil der AU-Tage aufgrund anderer Erkrankungen gesunken (siehe Abb. 6). Im Jahr 2016 wurden 15 % der AU-Tage durch eine psychische Erkrankung verursacht, was sie zur zweitgrößten Ursache macht. Die durchschnittliche Dauer der Krankschreibungen lag bei 34 Tagen, womit psychische Erkrankungen – im Vergleich zu allen anderen Erkrankungen – die längsten Fehlzeiten verursachen. Die Dauer der Krankschreibungen hat im Vergleich zum Jahr 2000 um 31 % zugenommen. Dies verdeutlicht, dass heute immer mehr Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen ihre Arbeit nicht mehr ausüben können – und immer länger krank bleiben [15].

In den letzten 20 Jahren verdoppelten sich die AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen.

Psychische Erkrankungen verursachen mit 34 Tagen pro Jahr und Versicherten die längsten Fehlzeiten.

Psychische Erkrankungen sind heute mit 43 % der häufigste Grund für Frühberentungen, wovon Frauen überproportional häufig betroffen sind. Insgesamt hat sich der Anteil von psychischen Erkrankungen an den Frühberentungen seit Anfang der 1990er Jahre nahezu verdoppelt [16].

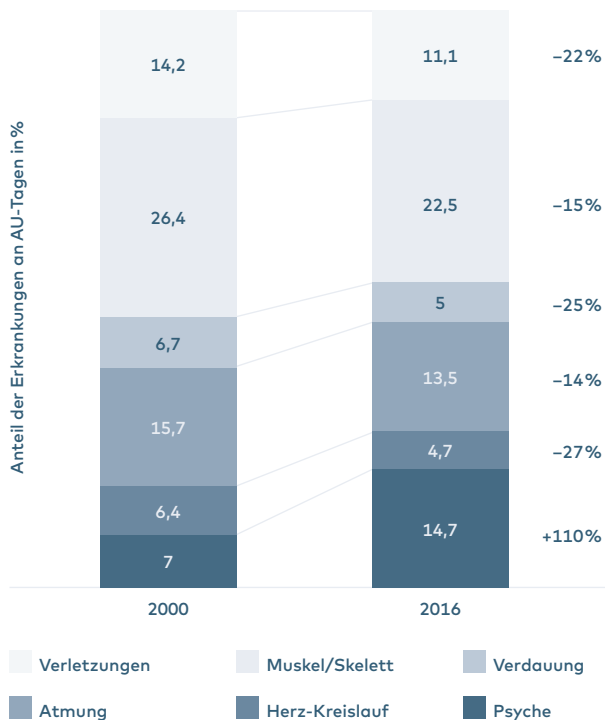


Abbildung 6: Entwicklung der sechs häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit, differenziert nach Krankheitsart [15]

Ein substanzieller Teil von Langzeitarbeitslosen ist psychisch krank. Jeder zweite Betroffene mit einer schweren und chronischen psychischen Erkrankung geht keiner Arbeit nach, wobei geschätzt wird, dass nur 10 bis 20% in dieser Patientengruppe in den ersten Arbeitsmarkt integriert sind. Von Arbeitslosigkeit sind insbesondere Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis betroffen [17].

Ausgrenzung und soziale Not

Früher Beginn und Chronizität psychischer Erkrankungen können zu fehlender Berufsausbildung, Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit führen. Gleichzeitig haben sozial Randständige und Arme ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung. Daraus resultiert ein Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus und der psychischen Gesundheit der Bevölkerung. In einer Studie wiesen 40% der Hartz-IV-Empfänger eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen auf. Dabei war das Krankheitsbild Depression mit knapp 15% das am häufigsten diagnostizierte [18].

Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, haben ein besonders hohes Risiko für psychische Erkrankungen. Eine Studie unter wohnungslosen Menschen in München hat gezeigt, dass 93% der Befragten im Laufe ihres Lebens eine psychische Erkrankung erlitten. Am häufigsten waren dies substanzinduzierte Störungen (hauptsächlich Alkohol), affektive Störungen, Angst-, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Daneben wurde eine 1-Monats-Prävalenz, also eine aktuell vorliegende Erkrankung, von 74% festgestellt. Diese Zahlen sind im Vergleich zu den Prävalenzraten in der „Normalbevölkerung“ um ein Vielfaches erhöht. Hinzu kommt, dass nur wenige Betroffene eine bedarfsgerechte Behandlung erhalten – so berichtete nur knapp ein Drittel der Befragten, Psychopharmaka einzunehmen [19].

Ein weiterer Aspekt der sozialen Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist ihre gesellschaftliche Stigmatisierung. Während diesbezüglich in den letzten Jahren bei Depressionserkrankten geringfügige positive Veränderungen beobachtet werden konnten, zeigt sich dagegen für die Schizophrenie eine negative Entwicklung. Vor allem das Bedürfnis nach sozialer Distanz gegenüber Menschen mit dieser Erkrankung ist angestiegen. Während zu Beginn der neunziger Jahre noch rund ein Fünftel es ablehnte, mit einem Menschen mit Schizophrenie zusammenzuarbeiten, war es im Jahr 2011 schon fast ein Drittel. Einen Betroffenen einem Freund vorzustellen war 1990 noch für knapp 40% unvorstellbar, 2011 stieg dieser Wert auf über 50% [20]. Die Vorurteile über die Krankheit übertragen sich auf die Betroffenen, die es folglich umso schwerer haben, offen mit ihrer Erkrankung umzugehen und rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Selbst- und Fremdgefährdung

Die kognitiven und emotionalen Folgen psychischer Erkrankungen können so gravierend sein, dass die Betroffenen in ihrer Fähigkeit, freie Entscheidungen zu treffen, erheblich eingeschränkt sind. In manchen Fällen kommt es dann vor, dass diese Menschen sich verschulden, andere Menschen be-

Drei von vier wohnungslosen Menschen leiden aktuell an einer psychischen Erkrankung.

Vor allem Menschen mit Schizophrenie leiden unter dem Stigma der Erkrankung.

drohen oder im Suizid einen letzten Ausweg suchen. Oftmals verkennen die Betroffenen die Lage, in der sie sich befinden. Um in diesen Extremsituationen medizinische Hilfe zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber Möglichkeiten zur Abhilfe geschaffen. Diese Regelungen finden sich im Zivilrecht (Betreuungsrecht) und in den Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen der Bundesländer. Im Jahr 2016 gab es 75.929 öffentlich-rechtliche Unterbringungsverfahren nach den Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen der Länder (PsychKG) (siehe Abb.7). Zusammen entspricht dies etwa 9% aller vollstationären psychiatrischen Krankenhausfälle [21, 22].

In seltenen Fällen kann es dazu kommen, dass Menschen krankheitsbedingt Straftaten begehen. Sie können dann aufgrund verminderter Schuldfähigkeit oder einer Schuldunfähigkeit in einer Klinik des Maßregelvollzugs zur Behandlung der Anlasserkrankung untergebracht werden. Dort werden in Deutschland aktuell etwa 10.000 Menschen behandelt, die infolge einer schweren psychischen Störung (§ 63 StGB) oder Suchtkrankheit (§ 64 StGB) straffällig geworden sind [23]. Verglichen mit den rund 17,8 Millionen Personen, die jedes Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, sind dies nur 0,06%.

Etwa jeder zehnte Patient einer psychiatrischen Klinik ist dort aufgrund einer Selbst- oder Fremdgefährdung.

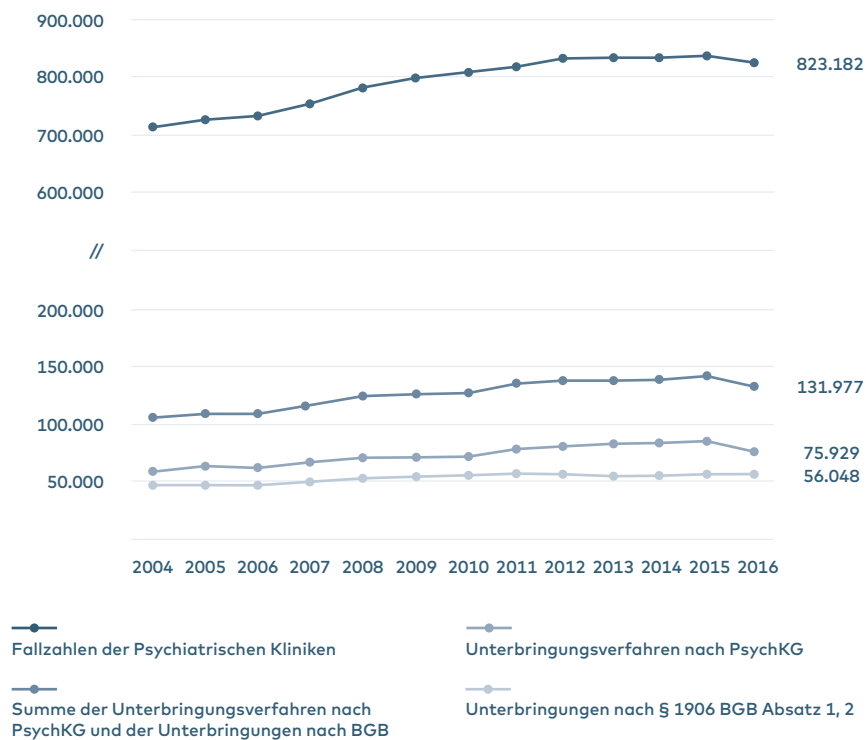


Abbildung 7: Entwicklung der Unterbringungsverfahren nach BGB und PsychKG [21, 22, 52]

Spotlight 3

Eher Opfer als Täter

Auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Gewalt, welche insbesondere durch die mediale Berichterstattung bei Gewalttaten aufgeworfen wird, gibt es keine einfachen Antworten. Eindeutig falsch ist, dass psychische Erkrankungen generell mit einem höheren Gewaltrisiko einhergehen. Richtig ist aber, dass bestimmte Erkrankungen in Verbindung mit Alkohol- und Drogenmissbrauch, eigener Gewalterfahrung, männlichem Geschlecht und jungem Alter das Risiko für eine Gewalttat erhöhen können [24]. Dabei ist es entscheidend, dass durch eine frühzeitige und leitliniengerechte Behandlung der Therapieerfolg maximiert und das Gewaltrisiko minimiert werden kann. Gleichzeitig ist es auch Fakt, dass Menschen mit psychischen Störungen ein deutlich erhöhtes Risiko haben, selbst Opfer einer Gewalttat zu werden [25].

Mehr als 10.000 Menschen nehmen sich jährlich in Deutschland das Leben.

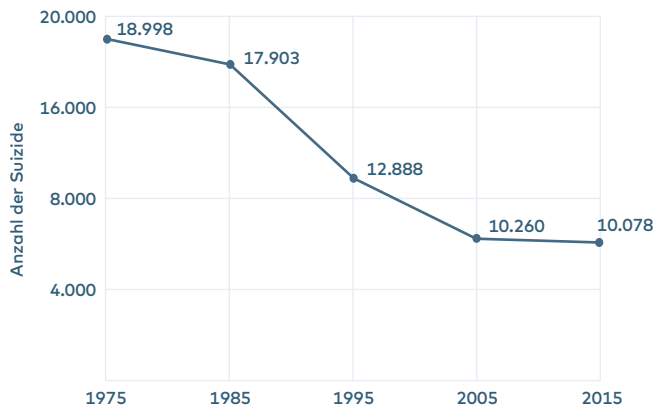


Abbildung 8: Entwicklung der Suizidzahlen in Deutschland im Zeitverlauf [27]

Suizid als letzter Ausweg

Manche Menschen erfahren ihr körperliches oder seelisches Leid in einer solchen Zuspitzung, dass sie nur noch im Suizid einen Ausweg erkennen. Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland ungefähr 10.000 Menschen das Leben, etwa 70% davon sind Männer. Bis zu 90% der Suizide lassen sich auf eine psychische Erkrankung zurückführen [26]. Das durchschnittliche Lebensalter eines durch Suizid Verstorbenen liegt bei ca. 57 Jahren und das

Suizidrisiko steigt bei Frauen und Männern mit zunehmenden Lebensalter [27]. Suizid stellt weltweit zudem die zweithäufigste Todesursache bei jungen Menschen zwischen 15 und 29 Jahren dar [28]. In Deutschland sterben ungefähr genauso viele Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle, AIDS, illegale Drogen und Gewalttaten zusammengekommen. Die Anzahl der Suizidversuche kann auf mindestens 100.000 im Jahr geschätzt werden. Die Suizidrate liegt ganz genau im Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten [29]. Die Zahl der Suizide in Deutschland hat sich seit ihrem Höhepunkt in den 1970er Jahren nahezu halbiert (siehe Abb.8).

Krankheitskosten – eine Herausforderung für die gesamte Gesellschaft

Über die gravierenden Folgen für die Betroffenen und ihr persönliches Umfeld hinaus stellen psychische Erkrankungen eine ökonomische Herausforderung für das medizinische Versorgungssystem (direkte Kosten) und für die Gesellschaft als Ganzes (indirekte Kosten) dar.

Direkte Kosten beschreiben den unmittelbaren finanziellen Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen, der mit einer medizinischen Heilbehandlung verbunden ist, während die indirekten Krankheitskosten den mittelbar mit einer Erkrankung im Zusammenhang stehenden Ressourcenverlust messen, z.B. volkswirtschaftliche Verluste durch Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und vorzeitigen Tod. Die direkten Kosten für psychische Erkrankungen belaufen sich in Deutschland auf rund 44,4 Milliarden Euro pro Jahr (siehe Abb.9), dies ist nach den Kosten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen der zweithöchste Wert aller Krankheiten und eine deutliche Steigerung in den letzten Jahren (2008: 30,3 Milliarden Euro). Für Rehabilitationsleistungen werden jährlich zusätzlich rund 2,6 Milliarden Euro aufgewendet [30]. Schätzungen zufolge kamen in Deutschland im Jahr 2008 zudem über 70 Milliarden Euro an indirekten Kosten z.B. durch Produktionsausfall hinzu [31]. Aktuelle Zahlen liegen für Deutschland nicht vor.

Die Gesamtkosten inklusive direkter Kosten für die medizinische Versorgung und indirekter Kosten werden für die Europäische Union mit mehr als 450 Milliarden Euro pro Jahr beziffert [32]. Weltweit werden die direkten und indirekten Kosten aufgrund psychischer Erkrankungen auf 2,5 Billionen US-Dollar geschätzt. Es wird prognostiziert, dass sich die Krankheitskosten aufgrund psychischer Erkrankungen bis 2030 weltweit mehr als verdoppeln werden [33].

Die in diesem Kapitel dargestellten Sachverhalte machen deutlich, dass psychische Erkrankungen mit vielfältigen und mitunter gravierenden Auswirkungen einhergehen. Diese reichen von der körperlichen Gesundheit, der Arbeitssituation, Ausgrenzung und sozialer Not bis hin zum Suizid. /

Psychische Erkrankungen verursachen pro Jahr fast 45 Milliarden Euro an direkten Gesundheitskosten.

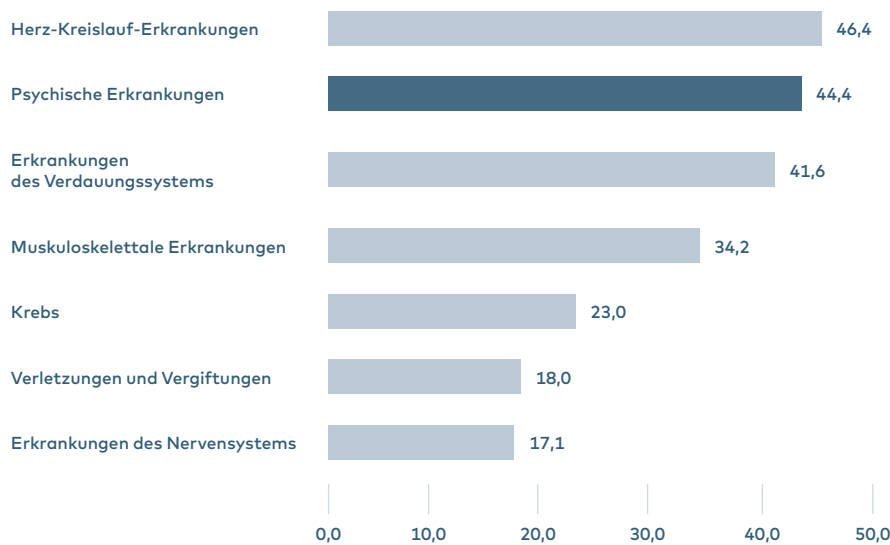


Abbildung 9: Direkte Krankheitskosten in Deutschland 2015 in Mrd. Euro, differenziert nach Krankheitsart [30]

Spotlight 4

Tödlicher Verlauf

Psychische Erkrankungen gelten, sieht man von Suiziden ab, weithin als nicht-tödlich verlaufend. Nach heutigem Wissenstand muss dies jedoch hinterfragt werden. Während beispielsweise Demenzerkrankungen direkt zum Tod führen können, gibt es indirekte Todesursachen, wie jene, die als Folge von Suchterkrankungen oder Anorexia nervosa (Magersucht) auftreten. Aber auch komplexere Wechselwirkungen zwischen psychischen Erkrankungen, sozialer Ausgrenzung, geringerem Bildungsniveau und niedriger Gesundheitskompetenz können eine Verkürzung der Lebenserwartung zur Folge haben.

Vier Experten in der Sache



Sebastian Schlösser fühlt sich in ambulanter Behandlung gut aufgehoben, Klinikärztin Anne Karow sieht großes Potenzial in multiprofessionellen Teams, Familie Samstag schildert, wie wichtig es für Angehörige ist, in die Behandlung einbezogen zu werden, und die niedergelassene Psychiaterin Birgit Imdahl spricht sich für Prävention als Schulfach aus. Vier Menschen, die aus unterschiedlichen Richtungen auf die Barrieren von heute und die Chancen von morgen blicken.

24

/ Sebastian Schlösser Theaterregisseur

Was sind Ihre Erfahrungen mit dem Versorgungssystem? Was ist gut, was schlecht?

Ich leide an einer Bipolaren Störung und wurde während einer manischen Phase auf einer offenen Station in einer Psychiatrie behandelt. Ich habe mich nach zehn Tagen dann in ambulante Weiterbehandlung begeben, weil ich zu der Zeit krankheitsbedingt den Aufenthalt in einer Einrichtung nicht mit meinem Freiheitsdrang vereinbaren konnte. Bei meinem niedergelassenen Psychiater bin ich nun seit 13 Jahren und fühle mich gut aufgehoben, weil er, immer wenn ich mehr Gesprächsbedarf hatte, darauf eingehen konnte und mir ansonsten eine lange Leine gelassen hat. Für mich ein großes Geschenk. Ich habe immer das Gefühl, dass es um mich als Menschen geht, weil er immer sofort Details meines Lebenslaufes und meiner Krankenakte parat hat. Die

Erfahrungen in der stationären Psychiatrie mit Gruppenarbeit, Anonymität und sterilen Räumen waren dagegen für mich negativ.

Was macht einen guten Psychiater aus?

Wichtig ist vor allem eine umfassende Anamnese und nicht nur die Betrachtung der Symptome. Ich hatte vor allem in der Psychiatrie das Gefühl, dass ich ein wandelnder Symptomkatalog bin. Dem Patienten sollte aber auch immer aufgezeigt werden, welche Aspekte zur Persönlichkeit gehören, also das Nicht-Pathologische. Ein guter Psychiater engagiert sich aus meiner Sicht unentwegt für den Patienten und sollte auch kurzfristig Termine einrichten können.

Wie stark sollte das Umfeld in die Behandlung einbezogen werden?

Das kommt darauf an wie chaotisch die Lebensumstände für alle Beteiligten sind. Die Zeit in der Klinik oder

Vergleichsinstitution ist auch eine Erholungsphase, die die engen Verwandten dringend brauchen. Tageskliniken können ein guter Weg sein. Eine Schleuse zwischen Krankenhaus und Wiedereingliederung zu Hause. In dieser Schleusenzeit sollten dann auch gemeinsame Gespräche mit den Behandlern stattfinden. Ein Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Fachvereinen empfiehlt sich ebenfalls.

Welche Erfahrung würden Sie anderen Menschen, die eine psychische Erkrankung haben, mitgeben?

Du wirst dich anders und besser fühlen. Es ist ein langer Weg, der sich lohnt. Eine Pilgerreise zur Genesung. Deine Behandlung ist so vielschichtig und differenziert wie dein Krankheitsbild, wie deine Persönlichkeit. Dazu gehören Medikamente, Struktur, Krankheitseinsicht, Achtsamkeit, Psychoedukation, Arbeit, Sport, Freunde und Familie. Du bist kein Opfer. /

/ Anne Karow
Psychiaterin an einer Uniklinik

Wie müsste ein ideales Versorgungssystem für Sie aussehen?

In erster Linie patientenorientiert, individuell und flexibel. Es müsste ausreichende und zielgerichtete Angebote bereitstellen und sich vorrangig nach dem Bedarf ausrichten. Die Versorgung würde den Menschen an die Hand nehmen und Leistungen anbieten, die für ihn bedarfsgerecht sind und seine Ressourcen ins Zentrum stellen – nicht seine Defizite. Wir würden den Patienten im Sinne der Salutogenese positiv wahrnehmen. Aber es gibt auch große Widersprüche, die im Alltag kaum aufzulösen sind. Aus meiner Sicht ist es einer der größten Sündenfälle des Systems, dass wir sehr ökonomisch ausgerichtete Prinzipien haben. Auch wenn wir die Ökonomie nicht außer Acht lassen können, wenn es um Erkrankungen geht, darf Rendite letztlich nicht die größere Rolle spielen.

Wie bewerten Sie das Zusammenspiel der Sektoren?

Ideal wäre ein Versorgungssystem, das Grenzen überwindet und frei von äußeren Interessen und systemischen Hürden ist. Ich sehe zum Beispiel ein großes Potenzial in multiprofessionellen Teams, in denen auch die Krankenpflege einen hohen Stellenwert einnimmt. Sektorengrenzen sind ein großer Knackpunkt: Das ambulant-psychiatrische System ist zu selten teambasiert und bringt nicht die Ressourcen und die Flexibilität mit, um schwer erkrankte Patienten mit akuten Krisen und mit wechselnden Symptomen zu behandeln. Genauso anders herum, im Krankenhaus sehen wir ein Drehtürphänomen: viel Notfallpsychiatrie, bei der die Patienten rein und raus gehen, und gleichzeitig eine starke Ab-



grenzung vom ambulanten System. Das liegt schlichtweg auch an den unterschiedlichen Finanzierungs- und Abrechnungsmodellen.

Wie sollte die Rolle des Psychiaters in Zukunft aussehen?

Ich sehe im Psychiater einen Netzwerker, der den ganzheitlichen Blick auf den Patienten hat, sowohl pharmakotherapeutisch als auch psychotherapeutisch und soziotherapeutisch. Dazu sollte er ganz selbstverständlich mit anderen Berufsgruppen in einem multiprofessionellen Team zusammenarbeiten und den Behandlungsplan für den Patienten mitentwickeln. Er wäre von Beginn der Indikationsstellung bis hin zur Differentialdiagnostik eng in die Leistungskette eingebunden und könnte von Anfang an auch präventiv arbeiten. Aktuell läuft es auf eine Art Akutgeschäft hinaus. Für komplexe Behandlungsfelder, die den Beruf interessant machen, bleibt ihm kaum Zeit. Außerdem ist es dringend notwendig, dass wir uns für den Nachwuchs einsetzen und jungen Ärzten Mut machen, sich für dieses Fach zu entscheiden.

Patient-Sein in Deutschland – Glück oder Unglück?

Glück, weil Qualität und Quantität der Versorgungsangebote hier in Deutschland immer noch sehr hoch sind. Grundsätzliche Standards wie die Verfügbarkeit von Ärzten, Hygienevorschriften und eine optimale Patientensicherheit sind gute Voraussetzungen. Pech ist

wiederum, dass wir zu verwöhnt sind und versäumt haben, wichtige internationale Entwicklungen ernst zu nehmen. Andere Länder haben sehr sinnvolle und übergreifend gedachte Konzepte entwickelt. Was Komplexbehandlungen oder auch eine systematische Prävention betrifft, können wir viel von anderen lernen. Unser schwerfälliges System lässt aber zu wenig und zu langsam Veränderung zu. /

/ **Birgit Imdahl**
niedergelassene Psychiaterin

Wie müsste das ideale Versorgungssystem aus Ihrer Sicht aussehen?

Es gäbe weniger Bürokratie und Reglementierung. Nicht jeder frisch Erkrankte würde bereits am ersten Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) benötigen. Die Wartezimmer wären leerer. Außerdem hätten Hausärzte eine bessere Ausbildung hinsichtlich psychischer Gesundheit und könnten genau beurteilen, welcher Patient an einen psychiatrischen Kollegen überwiesen werden sollte. Derzeit ist in puncto vernetzter Versorgung noch Luft nach oben. Durch die extreme Arbeitszeitverdichtung findet im Behandlungsalltag kaum Kommunikation zwischen Krankenhaus und Facharzt statt. Zwischen den Sektoren gibt es kaum Zeit für einen persönlichen Austausch – und er wird auch nicht vergütet. Außerdem müssen Patienten oft weite Wege in Kauf nehmen.

Welche Rolle nimmt der Psychiater ein und worauf muss er sich in Zukunft einstellen?

Immer mehr Menschen nehmen aus unterschiedlichsten Gründen eine psychiatrische Versorgung in Anspruch: Psychische Erkrankungen haben ihren Schrecken weitestgehend verloren und Betroffene gehen früher in Behandlung. Auch Kinder und Jugendliche sind zunehmend betroffen. Der Psychiater wird somit immer wichtiger. Gleichzeitig nimmt aber die Zahl der Niedergelassenen ab, was im ambulanten Bereich zu einem gravierenden Versorgungsengpass führt. Das birgt die Gefahr, dass wir nur noch „Verwalter“ von psychischen Erkrankungen sind: AU, Einweisungen, Reha, Berentung sind hier die Stichworte. Im günstigsten Fall findet noch eine Behandlung statt.

Unsere Versorgung ist vor allem krankheitszentriert. Welche Rolle spielen Gesundheitskompetenz und Prävention?

Gesundheitskompetenz bedeutet, den eigenen Körper, sein Funktionieren zu verstehen. Die Patienten haben darin oft große Defizite. Die Schule müsste diese Kompetenz vermitteln und auch Prävention zum Schulfach

machen. Auch Betriebe sind in der Verantwortung. Das nützt aber alles nichts, wenn Arbeitsverdichtung, Zeitdruck und zunehmend unmenschliche Arbeitsbedingungen diese Bemühungen konterkarieren.

Wo „knirscht“ es aktuell im Versorgungssystem?

Jeder kann den Arzt aufsuchen, so oft er will. Dieser grundsätzliche Vorteil der freien Arztwahl wird aber dann zum Nachteil, wenn die Steuerung der Patienten nicht funktioniert. Denn immer mehr Menschen mit leichteren Erkrankungen suchen Hilfe bei den Spezialisten, obwohl ihnen oftmals auch mit niedrigschwelligen Angeboten geholfen wäre. Das führt leider auch zur Verlängerung der Wartezeiten für Menschen mit schweren Erkrankungen, die viel früher auf Hilfe angewiesen sind. /

/ **Kerstin und Friederike Samstag***
Autorinnen

Wussten Sie, an wen Sie sich wenden können als Sie merkten, dass Ihr Familienmitglied eine psychische Erkrankung haben könnte?

Das war uns nicht klar. In einer akuten Situation riefen wir den Rettungsdienst und wussten nicht, dass unser Sohn/Bruder in die Psychiatrie gebracht werden und vor allem was ihn und uns dort alles erwarten würde. Da war er gerade 18 Jahre alt. Wir fühlten uns ausgeschlossen, weil wir weder einbezogen noch beraten wurden.

Was sind Ihre Erfahrungen mit dem Versorgungssystem? Was war gut, was schlecht?

Die Psychiatrie ist für uns ein Ort, an dem die meisten Menschen gute Intentionen haben, jedoch in institutionelle Abläufe mit wenig Gestaltungsspielraum eingebunden und manchmal auch überfordert sind. Da gibt es sicherlich Unterschiede zwischen großen Kliniken mit anonymen, standardisierten Abläufen und eher klei-

nen, familiären Kliniken, in denen man sich als Mensch wahrgenommen fühlt. Besonders problematisch ist aus unserer Sicht, dass im psychiatrischen Hilfesystem ein motivierter Betroffener vorausgesetzt wird. Alles in allem haben wir die Erfahrung gemacht, dass wir uns

„Unser System lässt zu wenig und zu langsam Veränderung zu.“

Anne Karow

mit unseren Gefühlen von Hilflosigkeit, Wut und Ohnmacht alleingelassen fühlten. Die Behandlung nur außenstehend zu erleben und nichts tun zu können, hat uns sehr stark belastet – stärker noch als die Krankheit selbst. Geholfen hat uns eine Angehörigengruppe, die emotionale Entlastung, Gemeinschaft und Erfahrungsaustausch bot. In unserem Buch „Wahnsinn um drei

Ecken“ haben wir aus der Perspektive der Mutter und aus der Perspektive der Schwester beschrieben, welche Erfahrungen wir in der Krise mit dem psychiatrischen Versorgungssystem gemacht haben.

Was müsste sich aus Ihrer Sicht ändern?

Es ist ein glücklicher Umstand, dass Menschen mit psychischen Leiden in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern ein breites Versorgungsangebot mit Psychotherapie, Medikamenten und psychosozialen Hilfen erhalten. Aber es ist ein Unglück, wenn Menschen in seelischen Krisen stigmatisiert, eingewiesen und behandelt werden, ohne dass man sich genügend Zeit nimmt, der Familie offen zu begegnen. Das familiäre Umfeld ist eine Ressource, die auch als solche ganz unbedingt wahrgenommen werden sollte. Deshalb ist es wichtig, dass der Arbeit mit Angehörigen ein höherer Stellenwert beigemessen wird. Ärzte und Pflegepersonal sollten geschult werden und sich fragen, wie es ihnen selbst als Angehörige von kranken, suizidalen, süchtigen, depressiven Betroffenen in der Familie ginge. Das Leitbild eines Psychiaters sollte „trialogisch“ sein. Das heißt, dass in Netzwerkgesprächen die unterschiedlichen Perspektiven einbezogen werden.

Was raten Sie – aus Ihrer Erfahrung heraus – anderen Menschen, die Angehörige mit einer psychischen Erkrankung haben?

Vor allen Dingen raten wir allen anderen Angehörigen, auch auf sich zu achten. Die Aufmerksamkeit auf sich selbst, das eigene Befinden, die eigenen Gefühle und Bedürfnisse, soziale Kontakte und das eigene Leben zu richten und das immer wieder zu üben. Dazu gehört auch, mit anderen Menschen über das schlechte Gewissen, das bei vielen Angehörigen in diesem Zusammenhang aufkommt, zu sprechen. Durch das Teilen von Gefühlen wie Angst und Sorge werden diese leichter ertragbar und man fühlt sich weniger einsam und stigmatisiert. /



Sebastian Schlösser

41, ist vor 14 Jahren an einer Bipolaren Störung erkrankt. Er lebt in Hamburg, ist Theaterregisseur und Mediator. Sein Buch „Lieber Matz, Dein Papa hat 'ne Meise“ (2011) hat er für seinen Sohn geschrieben.

Prof. Dr. med. Anne Karow

47, ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und leitet am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf den Bereich Adoleszenzpsychiatrie und die Früherkennungssambulanz für Psychische Störungen. Sie ist außerdem in der Projektleitung des RECOVER-Modells zur sektorenübergreifenden Versorgung.

Birgit Imdahl

58, ist niedergelassene Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialmedizin in Rottweil. Seit 15 Jahren behandelt sie in ihrer Praxis jährlich 3000 Patienten und engagiert sich parallel auch berufspolitisch.

Kerstin und Friederike Samstag*

sind Mutter und Tochter eines psychisch erkrankten Sohnes bzw. Bruders. In ihrem gemeinsamen Buch „Wahnsinn um drei Ecken“ (2017) berichten sie von den Belastungsgrenzen einer Familie. Kerstin Samstag ist seit 1993 Psychologische Psychotherapeutin und arbeitet mit traumatisierten Menschen.

* Namen geändert

Bedarf und Angebot sind komplex



Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Menschen mit, insbesondere schweren, psychischen Erkrankungen haben oftmals einen komplexen Hilfebedarf, der sich auch auf die Bereiche Arbeit und Soziales erstreckt. Neben medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung sind viele verschiedene Angebote notwendig, um den Betroffenen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (wieder) zu ermöglichen. In Deutschland hat sich ein ausdifferenziertes Hilfesystem auf Basis einer ebenso komplexen Sozialgesetzgebung gebildet. Eine Vielzahl verschiedener Berufsgruppen arbeitet im ambulanten, teilstationären oder stationären Setting zusammen, um Menschen mit psychischen Erkrankungen zu behandeln und zu rehabilitieren [34]. Mit unterschiedlichen therapeutischen Schwerpunkten bieten sie eine multimodale Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, psychosoziale Interventionen sowie biologische Verfahren an. Neben den primär behandlungsbezogenen Angeboten fördern vielfältige außerklinische Beratungs-, Betreuungs- und Unterstützungsangebote die berufliche und soziale Teilhabe der meist chronisch erkrankten Klienten.

An der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligte Berufsgruppen (*Ausbildung bzw. Studium*)

- Ärzte, Ärztliche Psychotherapeuten (*Medizin*)
- Psychologische Psychotherapeuten (*Psychologie*)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (*Psychologie oder Pädagogik/Lehramt*)
- Spezialtherapeuten (*Kunst-, Musik-, Tanz- oder Ergotherapie*)
- Pflegekräfte (*Gesundheits- und Krankenpflege*)
- Heilerziehungspfleger (*Heilerziehungspflege*)
- Sozialarbeiter (*Soziale Arbeit, Sozialpädagogik*)
- Seelsorger (*Theologie*)
- Heilpraktiker (*Heilkundeerlaubnis*)
- Genesungsbegleiter (*EX-IN-Ausbildung*)

Berufsbezeichnung	ambulant	stationär	sonstige Bereiche	insgesamt	Facharztanerkennungen bzw. Approbationen
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde	5.997	6.424	1.346	13.767	507
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.972	998	172	4.142	138
Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	35.095	7.052	2.163	44.310	2.700

Tabelle 2: Spezialisten zur Behandlung von psychisch erkrankten Menschen [35, 36, 37]

Ambulante Versorgungsstrukturen und Behandlungen

Viele Menschen werden ausschließlich ambulant behandelt. Der erste Ansprechpartner ist oftmals der Hausarzt, fast 60 % der Depressionsdiagnosen werden von ihm gestellt, und er bleibt dies in vielen Fällen während der gesamten Behandlung [38]. In allgemeinärztlichen Praxen im Versorgungsgebiet Nordrhein liegt die Depression auf Platz 8 der häufigsten Diagnosen und macht damit knapp ein Zehntel der dortigen Behandlungsfälle aus [39]. An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen alle Ärzte/Psychotherapeuten teil, die Patienten der gesetzlichen Krankenkassen ambulant behandeln dürfen (während in Tabelle 3 sämtliche ambulant tätigen Ärzte/Psychotherapeuten enthalten sind, so z. B. auch reine Privatärzte). In Deutschland sind an der spezialisierten vertragsärztlichen Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen rund 25.900 Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten sowie ca. 5.900 Nervenärzte (in Bedarfsplanung zusammengefasste Gruppe der Psychiater, Nervenheilkundler und Neurologen) beteiligt. Darüber hinaus verfügen 9.938 an der Vertragsversorgung teilnehmende Fachärzte anderer Disziplinen über eine „psychotherapeutische“ bzw. „psychoanalytische“ Zusatzqualifikation [40]. An der ambulanten Versorgung sind bundesweit zudem ca. 450 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) beteiligt, in denen Patienten behandelt werden, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung ein kliniknahes Angebot benötigen [41]. Während die Zahl der vertragsärztlich tätigen Nervenärzte in den vergangenen zehn Jahren leicht anstieg (5 %), nahm die Zahl der Ärztlichen Psychotherapeuten um ca. 30 % und die der Psychologischen Psychotherapeuten um 54 % zu (siehe Abb.10) [40, 42, 43, 44, 45]. Ein Drittel der Ärztlichen und 40 % der Psychologischen Psychotherapeuten haben zudem einen hälftigen Versorgungsauftrag, gegenüber 6 % bei den Nervenärzten [40]. Trotz dieser Zunahme an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen vergehen bis zum Beginn einer Therapie laut einer Befragung im Durchschnitt insgesamt 20 Wochen [46]. Aktuell betreffen rund 65 % der Vermittlungen der neu geschaffenen Terminservicestellen Termine bei Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten und Nervenärzten [47].

Es gibt große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte.

Die Nachfrage nach Terminen ist bei Fachärzten und Psychotherapeuten besonders hoch.

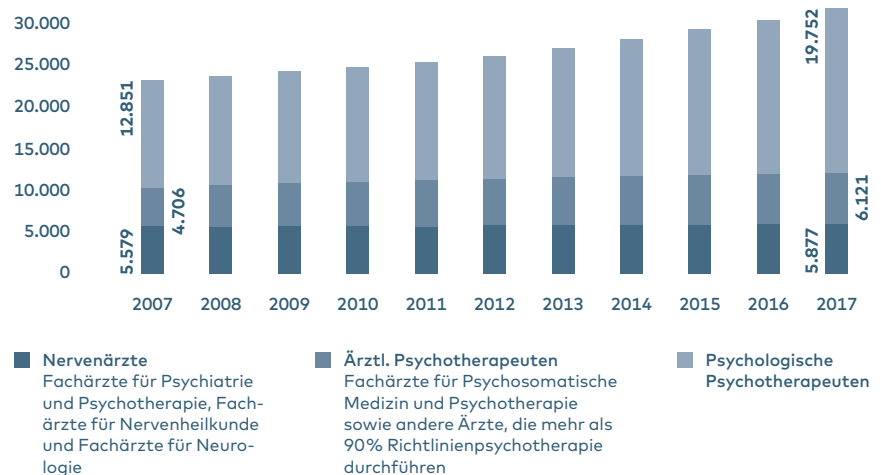


Abbildung 10: Spezialisten im vertragsärztlichen Bereich [40, 42, 43, 44, 45]

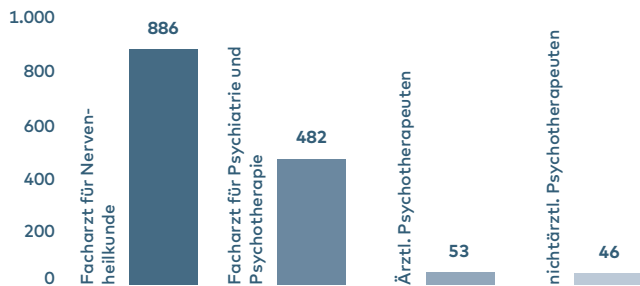


Abbildung 11: Fallzahlen im Quartal pro Vertragsarztgruppe (Quartal 4/2015) [50]

Insgesamt gibt es große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte, welche sich durch ein West-Ost- und ein Stadt-Land-Gefälle auszeichnen, während der Versorgungsbedarf regional wenig variiert [48, 49].

Die Versorgungsrealität der beteiligten Berufsgruppen stellt sich unterschiedlich dar. Während Fachärzte für Nervenheilkunde sowie für Psychiatrie und Psychotherapie in der Regel kurze Kontakte über einen langen Zeitraum und einen hohen Durchlauf an Patienten haben, erbringen ärztliche und psychologische Psychotherapeuten primär psychotherapeutische Richtlinienverfahren mit langen Therapieeinheiten (50 Minuten) und niedrigen Fallzahlen (siehe Abb.11) [50].

Bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten werden pro Quartal etwa drei Millionen Fälle behandelt.

Pro Quartal werden durchschnittlich 1,8 Millionen gesetzlich Versicherte bei Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde behandelt, 1,1 Millionen nehmen Leistungen bei Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten in Anspruch [50]. Zu beachten ist, dass dies Behandlungsfälle sind. Dies entspricht der Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse. Eine Aufsummierung auf das gesamte Jahr gibt keinen eindeutigen Aufschluss über die jährliche Größenordnung der ambulant behandelten Patienten. Die häufigsten Behandlungsdiagnosen für ambulante Richtlinien-Psychotherapie sind neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie affektive Störungen [51] (siehe Abb.12). Hinzu kommen die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), welche im Jahr 2014 etwa zwei Millionen Behandlungsfälle (erwachsene Patienten) verzeichneten [41].

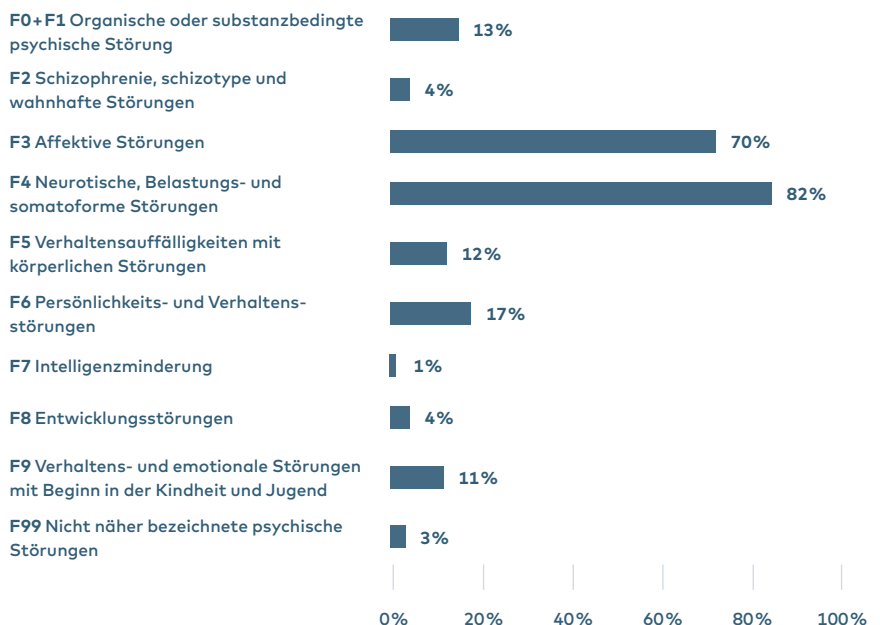


Abbildung 12: Anteil der Diagnosen von Patienten, die ambulant in einem psychotherapeutischen Richtlinienverfahren behandelt wurden (Mehrfachdiagnosen sind möglich) [51]

	Fachkliniken und Kliniken an Allgemeinkran- kenhäusern	Bettenanzahl stationär	Plätze teilstationär	Fallzahl vollstationär	Fallzahl teilstationär
Psychiatrie und Psychotherapie	409	55.976	14.571	823.182	145.574
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	253	10.857	1.820	84.600	17.852
Insgesamt	662	66.833	16.391	907.782	163.426

Tabelle 3: Grunddaten psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser [52]

Stationäre Versorgungsstrukturen und Behandlungen

Die teilstationäre und stationäre Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist ebenfalls weit ausdifferenziert. Universitätskliniken, Fachkliniken, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern und Tageskliniken stehen in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung (siehe Tab.3). Dazu kommen die Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung. 2016 wurden in deutschen Krankenhäusern 1,2 Millionen Fälle mit einer F-Diagnose (ICD-10-Code für psychische und Verhaltensstörungen) verzeichnet [53], von denen über drei Viertel in entsprechenden Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern oder Fachkliniken (Psychiatrie und Psychotherapie 64 %, Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik 7%, Kinder- und Jugendpsychiatrie 5%) behandelt wurden, ein Viertel in somatischen Kliniken [54]. In den letzten 20 Jahren sind diese Fallzahlen um 48,5% gestiegen. Damit weisen psychische Erkrankungen den zweitgrößten Anstieg unter den Krankheitsgruppen mit den höchsten Fallzahlen auf [55]. Die häufigsten stationären Behandlungsdiagnosen sind Störungen durch psychotrope Substanzen (35%), gefolgt von affektiven Störungen (siehe Abb.13) [53].

In den letzten 20 Jahren sind die F-Diagnosen in den Krankenhäusern um fast die Hälfte gestiegen.

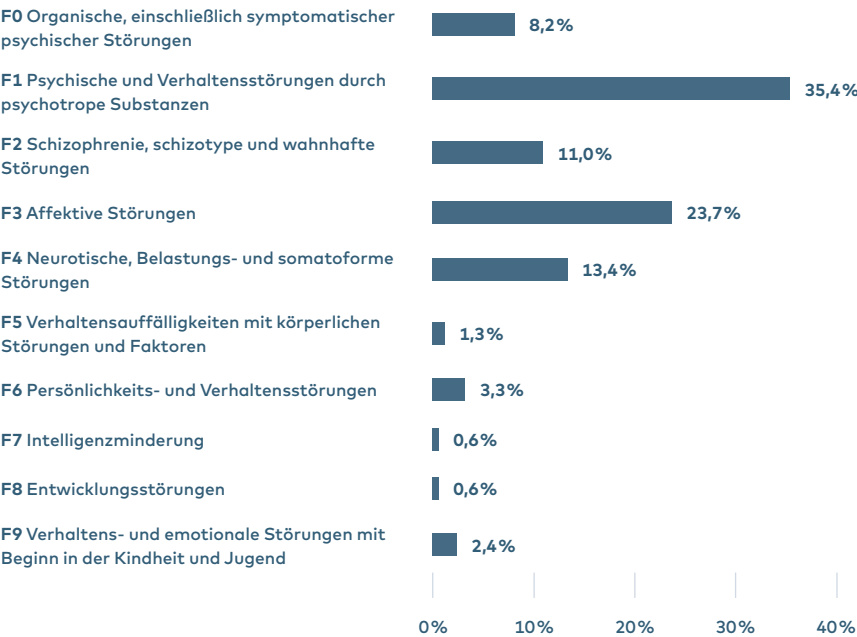


Abbildung 13: Anteil der Diagnosen von Patienten bei stationären Behandlungen (Hauptdiagnosen) [53]

Aktuell beginnt die Umsetzung der sogenannten stationsäquivalenten Behandlung (StäB), welche es den Kliniken erlaubt, Patienten mit Indikation zur stationären Behandlung auch in deren persönlichem Lebensumfeld zu versorgen.

In psychiatrischen Kliniken haben sich die Fälle verdoppelt und die Verweildauern sanken auf ein Drittel.

Darüber hinaus sind rund 250.000 Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Behandlung [56]. Hier ist über die letzten zehn Jahre ein Anstieg um 53% zu beobachten [57]. Psychische Erkrankungen stellen heute mit 15% die zweitgrößte Indikation für eine stationäre rehabilitative Behandlung nach muskuloskelettalen Krankheiten dar. Bei über drei Vierteln von ihnen ist eine Depression oder eine F4-Diagnose der Grund für eine Aufnahme. An dritter

Stelle folgen alkoholbedingte Störungen, alle übrigen psychischen Erkrankungen, wie psychotische oder Persönlichkeitsstörungen, folgen mit weitem Abstand [56].

Während sich die Behandlungsfälle in den psychiatrischen Kliniken seit 1990 mehr als verdoppelt haben, wurden die Bettenzahlen stark reduziert und die Verweildauern sanken auf ein Drittel (siehe Abb.14) [58]. In der Folge dieser Leistungsverdichtung stiegen die Wiederaufnahmeraten in den Kliniken an [59].

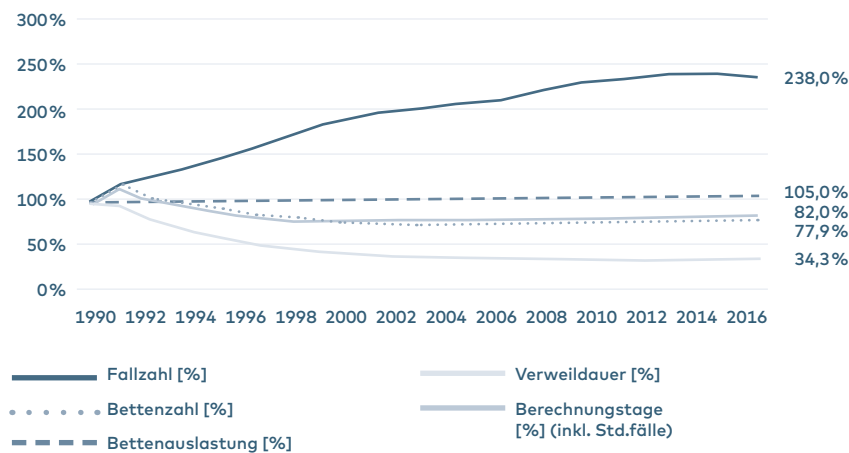


Abbildung 14: Entwicklung der Leistungsdaten in der stationären Psychiatrie (1990=100%) [58]

Spotlight 5

Nachwuchsmangel

Vor dem Hintergrund der drastisch gestiegenen Nachfrage an Behandlungsangeboten zeigen mehrere Entwicklungen den Handlungsbedarf bei der Gewinnung ärztlichen Nachwuchses auf. So besteht ein wachsender Teil der vertragsärztlichen Behandlungskapazität im Angebot von Richtlinienpsychotherapie. Da mit diesen Verfahren pro Sitz durchschnittlich weniger Menschen mit psychischen Erkrankungen versorgt werden als durch psychiatrische oder nervenärztliche Sitze, nehmen die tatsächlichen Behandlungskapazitäten im ambulanten Bereich kaum zu. Darüber hinaus sind 70% der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde älter als 50 Jahre und werden in den kommenden 20 Jahren in den Ruhestand gehen [35]. Der Fachkräftemangel stellt schon jetzt in der stationären Psychiatrie eine zentrale Herausforderung dar. Aktuell haben 63% der Einrichtungen Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen [60].

Ambulante und stationäre Behandlungsangebote

Sowohl im Rahmen der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung als auch in der Praxis niedergelassener Fachärzte und Psychotherapeuten sind psychotherapeutische Interventionen ein wichtiger Baustein einer leitliniengerechten Therapie. Sozialrechtlich anerkannte Verfahren sind Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte und Analytische Psychotherapie. Zur leitliniengerechten Behandlung gehört darüber hinaus die medikamentöse Therapie. Unter den verordnungstärksten Medikamentengruppen stehen Psychopharmaka an vierter Stelle. Darunter am häufigsten verordnet werden Antidepressiva, gefolgt von Neuroleptika und Tranquillantien (siehe Abb.15) [61]. Je nach Schwere und Komplexität des Hilfebedarfs ist eine Kombination der Interventionen angezeigt. So sollen schwere Depressionen mit einer Kombination aus Psychotherapie und Medikamenten behandelt werden, was allerdings nur in jedem vierten Fall umgesetzt wird [38]. Zudem greifen die Behandler auf psychosoziale Interventionen zurück, wie etwa die Vermittlung von Informationen über die Erkrankung und zur Krankheitsbewältigung (Psychoedukation), das Training alltagsrelevanter oder sozialer Fertigkeiten oder den Einbezug von Angehörigen. Das biologische Verfahren Elektrokonvulsionstherapie (EKT) kann bei schweren psychischen Störungen eingesetzt werden, und zwar insbesondere dann, wenn andere Therapieversuche zu keiner ausreichenden Besserung geführt haben. In Deutschland wurden im Jahr 2008 etwa 3000 Patienten in knapp 180 Kliniken mit EKT behandelt [62].

Unter den verordnungstärksten Medikamenten stehen Psychopharmaka an vierter Stelle.

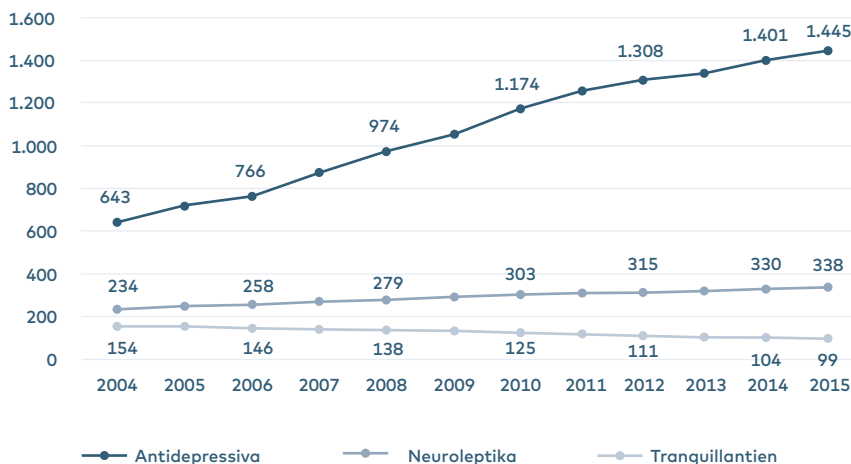


Abbildung 15: Die meist verordneten Psychopharmaka (Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen, DDD) [61]

Außerklinische psychosoziale Angebote

Seit der sogenannten Psychiatrie-Enquête vor über 40 Jahren haben sich vielfältige außerklinische, wohnortnahe Beratungs- und Betreuungsangebote (der sogenannte „komplementäre“ bzw. „gemeindepsychiatrische“ Bereich) gebildet, welche Menschen mit (chronischen) psychischen Erkrankungen bei der Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse bezüglich Wohnen, Arbeit und selbstbestimmtem Leben unterstützen [34]. Typische Akteure sind die sozialpsychiatrischen Dienste, psychosoziale Beratungsstellen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, welche bestenfalls in kommunalen Netzwerken in enger Kooperation mit den pflichtversorgenden psychiatrischen Kliniken organisiert sind. Sie bieten niedragschwellige Beratung

Jeder Fünfte in einer Werkstätte für Menschen mit Behinderung ist psychisch krank.

und Betreuung, Krisendienste, ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie, ambulante Ergo- und Physiotherapie an. Im Rahmen der Eingliederungshilfe besteht eine Vielzahl von unterstützenden Wohnformen wie betreutes Einzelwohnen und betreute Wohngruppen. 2012 wurden in rund 16.500 Einrichtungen und Diensten der Hilfen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen 500.000 Betten bzw. Plätze angeboten. Neben stationären und Tageseinrichtungen existieren Beratungsstellen, ambulante und Integrationsfachdienste. Insgesamt sind dort über 300.000 Hauptamtliche tätig [63]. Über 400.000 Menschen mit Behinderung leben in einer stationären Wohneinrichtung oder erhalten eine ambulante Betreuung in der eigenen Wohnung. Davon machen Menschen mit psychischen Erkrankungen in den stationären Einrichtungen knapp 25% und im ambulanten Bereich 70% aus [64]. Zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt dienen berufliche Rehabilitationsangebote, Integrationsfirmen, Berufstrainingszentren und Werkstätten für behinderte Menschen. In Letzteren hat rund ein Fünftel der insgesamt 300.000 dort tätigen Menschen eine psychische Erkrankung [65].

Spotlight 6

Barriere Sozialgesetzgebung

Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen haben einen komplexen Hilfebedarf und müssen staatliche Leistungen in Anspruch nehmen. Diese sind in den Sozialgesetzbüchern (SGB) formuliert. Die gleichzeitige oder aufeinander folgende Inanspruchnahme von Leistungen verschiedener SGB stellt aufgrund unterschiedlicher Ansprechpartner und Verfahren für viele Betroffene ein Hindernis dar:

- Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II):
u.a. Arbeitslosengeld II
- Gesetzliche Arbeitslosenversicherung (SGB III):
u.a. Arbeitslosengeld I
- Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V): u.a. Leistungen für medizinisch notwendige Maßnahmen
- Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI): u.a. Leistungen zur medizinischen, beruflichen und sonstigen Rehabilitation
- Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII): u.a. Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII): z.B. sozialpädagogische Einzelbetreuung
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX):
z.B. Leistungen zur Eingliederungshilfe (ab 2020)
- Soziale Pflegeversicherung (SGB XI): u.a. Finanzierung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung
- Sozialhilfe (SGB XII): u.a. Pflegeleistungen

Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich

Deutschland hat eines der weltweit am stärksten ausdifferenzierten und am besten ausgestatteten Gesundheitssysteme. Dies betrifft auch die ärztliche Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Laut aktueller OECD-Statistik hat Deutschland mit 27 Fachärzten im Bereich der psychischen Gesundheit pro 100.000 Einwohner inzwischen die zweithöchste Ärztedichte der OECD-Länder und überholte damit Länder wie Island, Frankreich und Schweden. Im Jahr 2000 waren es noch 22 Fachärzte. Nur in der Schweiz gibt es pro Kopf mehr ärztliche Spezialisten für die Psyche [66]. Bei einem Vergleich von 30 europäischen Ländern schnitt Deutschland im Bereich „Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ – noch vor Großbritannien und den skandinavischen Ländern – am besten ab [67].

Deutschland hat die zweithöchste Psychiaterdichte der OECD-Länder.

Die bestehenden Versorgungslücken im deutschen System werden deshalb vielfach nicht mit einem Mangel an Angeboten, sondern u.a. mit ihrer mangelhaften Koordination, ihrer regional höchst unterschiedlichen Verteilung und einem drastisch gestiegenen Bedarf erklärt [68]. /



Abbildung 16: Sektorenübergreifende Versorgung

Quellenverzeichnis

1. Jacobi F (2012) Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? In: Vorstand des BDP (Hrsg) Die großen Volkskrankheiten. S.16–24. Deutscher Psychologen Verlag, Berlin
2. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). Nervenarzt 85:77–87
3. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen H-C (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 21:655–679
4. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017) Bekannter Bluthochdruck. <http://www.gbe-bund.de/gbe10/?l=22:31060442D>. Zugriffen: 01.07.2018
5. Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, Maske UE, Hapke U, Seiffert I, Gaebel W, Zielasek J, Maier W, Wittchen H-U (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-MentalHealthModule (DEGS1-MH). Int J Methods in Psychiatr Res 23:289–303
6. BKK (2015) Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. In: Kliner K, Renner D, Richter M (Hrsg) BKK Gesundheitsatlas 2015. MWV, Berlin
7. Jacobi F, Linden M (2018) Macht die moderne Arbeitswelt psychisch krank – oder kommen psychisch Kranke in der modernen Arbeitswelt nicht mehr mit? Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin 53:530–536
8. Plass D, Vos T, Hornberg C (2014) Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. Dtsch Arztebl 111:629–638
9. Mathers CD, Loncar D (2006) Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: data sources, methods and results. Public Library Sci Med 3(11):e442
10. Walker ER, McGee RE, Druss BG (2015) Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA psychiatry 72:334–341
11. Statistisches Bundesamt (2015) Gestorbene nach Todesursachen. Anzahl der Gestorbenen nach Kapiteln der ICD-10. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/GestorbeneAnzahl.html>. Zugriffen: 10.07.2018
12. Egede LE (2007) Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. Gen Hosp Psychiatry 29:409–416
13. Rundell JR, Wise MG (1996) Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. American Psychiatric Press Washington, D.C.
14. Caeiro L, Ferro JM, Santos CO, Figueira ML (2006) Depression in acute stroke. J Psychiatry Neurosci 31(6):377–83
15. Bundespsychotherapeutenkammer (2016) BpTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit – Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. Aktualisierte Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit 2000–2016. <https://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychische-e-12.html>. Zugriffen: 10.07.2018
16. Deutsche Rentenversicherung (2017) Rentenversicherung in Zeitreihen. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/03_rv_in_zeitreihen.pdf?__blob=publicationFile&v=21. Zugriffen: 10.07.2018
17. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013) Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf;jsessionid=19B9817734A12F8B2B2D3EDD91246D99?__blob=publicationFile&v=2. Zugriffen: 10.07.2018
18. Schubert M, Parthier K, Kupka P, Krüger U, Holke J, Fuchs P (2013) Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB-Forschungsbericht 12/2013. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit
19. Bäuml J, Pitschel-Walz G, Jahn T (2014) Die SEEWOLF*-Studie – eine Zusammenfassung. https://www.mri.tum.de/sites/default/files/pressemeldungen/seewolf-studie_-_eine_zusammenfassung_0.pdf. Zugriffen: 10.07.2018
20. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G (2013) Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. Br J Psych 203:146–151
21. Bundesamt für Justiz (2017) Verfahren nach dem Betreuungsgesetz 1992–2016. https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Betreuung/Betreuung_node.html. Zugriffen: 10.07.2018
22. Bundesamt für Justiz (2017) Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 1995 bis 2016. http://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Geschaefsentwicklung_Amtsgerichte.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D5+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de&client=firefox-a. Zugriffen: 10.07.2018
23. Statistisches Bundesamt (2015) Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Erziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) 2013/2014. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/KrankenhausMassregelvollzug.html>. Zugriffen: 10.07.2018
24. Maier W, Hauth I, Berger M, Saß H (2016) Zwischenmenschliche Gewalt im Kontext affektiver und psychotischer Störungen. Nervenarzt 87:53–68
25. Dean K, Laursen TM, Pedersen CB, Webb RT, Mortensen PB, Agerbo E (2018) Risk of Being Subjected to Crime, Including Violent Crime, After Onset of Mental Illness: A Danish National Registry Study Using Police Data. JAMA Psychiatry 75(7):689–696
26. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM (2003) Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. Psychological Medicine 33:395–405
27. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018) Sterbefälle. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Familienstand, ICD-10. <http://www.gbe-bund.de/gbe10/?l=6:31692341D>. Zugriffen: 10.07.2018
28. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2014) Preventing Suicide: A global imperative. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Zugriffen: 10.07.2018
29. Nationales Suizidpräventionsprogramm. <https://www.suizidpraevention-deutschland.de/index.php?id=14>. Zugriffen: 10.07.2018
30. Statistisches Bundesamt (2017) Krankheitskosten. Fachserie 12 Reihe 7.2.1–2015. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/KrankheitskostenJahr.html>. Zugriffen: 10.07.2018
31. Bödeker W, Friedrichs M (2011) Gutachten von Dr. Wolfgang Bödeker und Michael Friedrichs: Kosten der psychischen Erkrankungen und Belastungen in Deutschland. In: Kamp L, Pickshaus K (Hrsg) Regelungslücke psychische Belastungen schließen. https://www.boeckler.de/pdf/p_mbf_regellungsuecke.pdf. Zugriffen: 10.07.2018
32. EU joint action on mental health and well-being (2016) European framework for action on mental health and wellbeing. https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf. Zugriffen: 10.07.2018
33. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein AZ, Weinstein C (2011) The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. World Economic Forum, Genf

34. Jacobi F, Kunas S, Annighöfer M, Sammer S, Götz T, Gerlinger G (2018) Versorgungs- und Hilfesysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Hilfebedarf. In: Harig R (Hrsg) Gesundheitswissenschaften. Springer, Berlin
35. Bundesärztekammer (2018) Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2017. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2017/Stat17AbbTab.pdf. Zugriffen: 01.07.2018
36. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018) Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlich psychotherapeutinnen und -therapeuten <http://www.gbe-bund.de/gbe10/I?l=697:31060738D>. Zugriffen: 29.08.2018
37. Bundespsychotherapeutenkammer (2016) Bundespsychotherapeutenstatistik. Psychotherapeutenjournal 15:329
38. Bertelsmann Stiftung (2014) Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf. Zugriffen: 01.07.2018
39. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) Häufigste Diagnosen in Praxen. <http://www.gbe-bund.de/gbe10/I?l=638:31066742D>. Zugriffen: 01.07.2018
40. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. http://www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf. Zugriffen: 01.07.2018
41. Neubert O, Richter M (2016) Psychiatrische Institutsambulanzen – Erste Schritte zur Transparenz im Rahmen der Psych-Entgeltreform. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2016. Schattauer, Stuttgart
42. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018) Ärztinnen/Ärzte sowie Psychotherapeutinnen/-therapeuten der vertragsärztlichen Versorgung, u. a. nach Arztgruppen. <http://www.gbe-bund.de/gbe10/I?l=305:31061055D>. Zugriffen: 01.07.2018
43. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011) Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/UeberUns/Organisation/KBV-Grunddaten-vertragsaerztliche-Versorgung-2010.pdf>. Zugriffen: 10.07.2018
44. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012) Geschäftsbericht 2011/12. http://www.kbv.de/media/sp/KBV_GB_2011_12_Web.pdf. Zugriffen: 01.07.2018
45. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013) Geschäftsbericht 2013. http://www.kbv.de/media/sp/KBV_GB_2012_13_Web.pdf. Zugriffen: 01.07.2018
46. Bundespsychotherapeutenkammer (2018) Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinien. Wartezeiten 2018. <https://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/rund-20-woch.html>. Zugriffen: 01.07.2018
47. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018) Evaluationsbericht Terminservicestellen. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/35781.php>. Zugriffen: 01.07.2018
48. Bertelsmann Stiftung (2015) Faktencheck Gesundheit. Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Aerztedichte_2.pdf. Zugriffen: 01.07.2018
49. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J, Müllender S, Thom J, Hapke U, Maier W (2016) Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. Nervenarzt 87(11):1211–1221
50. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017) Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; Praxen mit zugelassenen Ärzten. Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2009 bis 4. Quartal 2015. <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>. Zugriffen: 01.07.2018
51. Multmeier J (2014) Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung der KVB. Projekt Psychotherapie 2:12–22
52. Statistisches Bundesamt (2017) Grunddaten der Krankenhäuser 2016. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html>. Zugriffen: 01.07.2018
53. Statistisches Bundesamt (2017) Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus.html>. Zugriffen: 01.07.2018
54. Statistisches Bundesamt (2017) Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/TiefgegliederteDiagnosedaten.html>. Zugriffen: 01.07.2018
55. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017) Diagnosedaten der Krankenhäuser für Deutschland (ab 1994). <http://www.gbe-bund.de/gbe10/I?l=565:31066999D>. Zugriffen: 01.07.2018
56. Statistisches Bundesamt (2017) Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/VorsorgeRehabilitation/DiagnosedatenVorsorgeReha.html>. Zugriffen: 01.07.2018
57. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017) Diagnosedaten der Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen mit mehr als 100 Betten nach Behandlungsort (ICD10-3-Steller ab 2003). <http://www.gbe-bund.de/gbe10/I?l=591:31067107D>. Zugriffen: 01.07.2018
58. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017) Krankenhäuser / Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Kennziffern nach Fachabteilungen, u. a. nach Einrichtungsmerkmalen. <http://www.gbe-bund.de/gbe10/I?l=547:31060267D>. Zugriffen: 01.07.2018
59. Spieß H, Binder H, Cording C, Klein HE, Hajak G (2006) Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. Dtsch Arztebl 103:A2549–A2552
60. Deutsches Krankenhaus Institut (2018) Psychiatrie Barometer. Umfrage 2017/2018. https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/psychiatrie_barometer_2017_2018_final.pdf. Zugriffen: 01.07.2018
61. Lohse MJ, Müller-Oerlinghausen B (2016) Psychopharmaka. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) Arzneiverordnungs-Report 2016. Springer
62. Loh N, Nickl-Jockschat T, Sheldrick AJ, Gröninger M (2013) Accessibility, standards and challenges of electroconvulsive therapy in Western industrialized countries: a German example. World J Biol Psychiatry 14:432–440
63. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2012) Gesamtstatistik der Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege. <https://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/publikationen/gesamtstatistiken/>. Zugriffen: 01.07.2018
64. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (2017) Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2016. https://www.lwl.org/spur-download/bag/05_2018an.pdf. Zugriffen: 01.07.2018
65. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2017) Behindertenhilfe in Deutschland. Zahlen – Daten – Fakten. Ein Trendbericht. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW55-83-140-Trendbericht-Behindertenhilfe.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen: 01.07.2018
66. OECD (2018) OECD Health Statistics 2018. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.html>. Zugriffen: 11.07.2018
67. The Economist Intelligence Unit Limited (2014) Mental Health and Integration. Provision für Supporting People with Mental Illness: A Comparison of 30 European Countries. https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/Mental_health_and_integration.pdf. Zugriffen: 01.07.2018
68. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606>. Zugriffen: 18.07.2018

Die DGPPN



Sie ist die Stimme der psychischen Gesundheit in Deutschland und eine der bundesweit größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften: die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Unter dem Dach der DGPPN ist die Kompetenz von über 9000 Fachärzten, Therapeuten und Wissenschaftlern gebündelt, die in Universitätskliniken, Krankenhäusern und ambulanten Praxen sowie in der Forschung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit tätig sind. Die DGPPN macht sich für eine optimale Versorgung der Patienten stark. Um dies zu erreichen, setzt sich die Fachgesellschaft auf vielen Ebenen dafür ein, dass die notwendigen Rahmenbedingungen stimmen.

Das vielseitige Engagement lässt sich in Wissenschaftsförderung, Qualitätssicherung, Vernetzung, Fort- und Weiterbildung, Politikberatung und berufspolitische Vertretung, Öffentlichkeitsarbeit und Information sowie die Förderung des Nachwuchses clustern. Dabei ist der jährliche DGPPN Kongress das zentrale Forum für Forschung, Versorgung und Politik.

Im Zentrum der Arbeit der Fachgesellschaft steht die ganzheitliche Sicht auf den Menschen mit allen individuellen psychischen und körperlichen sowie sozialen Aspekten – ein Prinzip, auf das die DGPPN heute wie auch in Zukunft baut.



Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie
und Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
Tel.: 030.2404 772-0
pressestelle@dgppn.de

Präsident
Prof. Dr. med. Arno Deister (V.i.S.d.P.)

Registergericht:
VR 26854 B
Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

Verantwortlich

Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger, M.A.
Leiter Public Affairs und
Wissenschaftlicher Dienst

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. med. Arno Deister
Dr. med. Iris Hauth
Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
Prof. Dr. rer. nat. Frank Jacobi

Konzept und Redaktion

Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger, M.A.
Dipl.-Psych. Julie Holzhausen
Isabelle Lork, M.A.
Michaela Peeters, M.A.
Michael Wassiliwizky, M.Sc.
Robert Zeidler, MPH

Design und Gestaltung

Isabelle Lork, M.A. (Agentursteuerung)
wenkerottke.

Reinzeichnung

Irene Pranter

Schlusskorrektur

Heide Frey

Erscheinungsdatum

Oktober 2018

Druck

Buch- und Offsetdruckerei
H. HEENEMANN GmbH & Co. KG, Berlin

Zur besseren Lesbarkeit werden im Text
in der Regel die männlichen Schreib-
weisen verwendet, selbstverständlich
beziehen sich alle Aussagen auch auf
die weibliche Form.

ABBILDUNGEN

S. 6, 27, 38: Claudia Burger; S. 8/9: unsplash/Nils Nedel;
S. 14: unsplash/Nick Hillier; S. 15: iStock/Alex Rath; S.
16: unsplash/Hello I'm Nik; S. 24: unsplash/kilarov zaneit
S. 25: shutterstock/Kinga

**DGPPN**

Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

Geschäftsstelle DGPPN
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0
FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

