



sche Diabetesbericht 2004 rund 310.000 Personen (das sind 4,5 Prozent aller Österreicher über 15 Jahren) als erkrankt bezeichnen konnte. Im Jahr 2009 nahm die österreichische Diabetesinitiative diesen

Wert mit 420.000 Personen (6 Prozent) an, wobei eine Dunkelziffer von 5 bis 20 Prozent angenommen wird. Dunkelziffern für die Europäische Union liegen in diesem Bereich bei bis zu 60 Prozent!

Das Ergebnis der Tagung

Personen, die an Diabetes leiden, haben – wie alle chronisch Kranken – ein erhöhtes Risiko, an Depression zu erkranken. Das frühzeitige Erkennen und die entsprechende Behandlung tragen wesentlich dazu bei, durch die Verbesserung der Adhärenz und Therapiebereitschaft der Patientinnen und Patienten, Diabetes optimal zu behandeln und Folgeschäden zu vermeiden. *Dr. Wilhelm Donner*

WERKSTATT 2011 – Psychosoziale Gesundheit und Krankheit

Trends, Herausforderungen und Lösungsmodelle



SV-Wissenschaft, der Verein aller Sozialversicherungsträger zur Förderung des Austausches von Praxis und Wissenschaft bzw. der wissenschaftlichen Bearbeitung sozial(versicherungs)relevanter Forschungsfelder veranstaltete unter Organisation der SGKK und der SVA-Landesstelle Salzburg die diesjährige SV-Wissenschaft-Werkstatt am 10. und 11. Oktober in Salzburg.

Vor dem Hintergrund der durch den Hauptverband und die SGKK durchgeführten Analyse der Versorgung psychisch Kranker, „**Projekt Psychische Gesundheit**“, widmete sich auch SV-Wissenschaft dieser Thematik und beschloss schon frühzeitig, die diesjährige Werkstatt zu diesem Thema zu organisieren.

Die Aufgabenstellung für das Projekt zur psychischen Gesundheit war, eine Ist-Analyse zu erstellen, die auf den eigenen SV-Daten basiert. Im Zentrum dieser Ist-Analyse standen Ausmaß und Art der Problemlage sowie die vorhandenen Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen.

Betrachtet man dabei die nackten Zahlen, so kam zu Tage, dass im Jahr 2009 in Österreich rund 900.000 Menschen wegen psychischer Leiden Leistungen der Krankenversicherung bezogen. Rund 840.000 Österreicher bekamen im Jahr 2009 Psychopharmaka aus den Gruppen der Antidepressiva, der Antipsychotika oder der Tranquilizer verschrieben. Wegen psychischer Diagnosen waren rund 78.000 Österreicher im Krankenstand und 70.000 hatten deshalb einen stationären Aufenthalt.

Ein Großteil dieser beiden Gruppen bezog auch Medikamente. In Summe waren daher rund 900.000 Menschen in Österreich von psychischen Erkrankungen in einem Ausmaß betroffen, das zur

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führte. SV-Wissenschaft hat diese Analyse zum Anlass genommen, die Thematik noch breiter wissenschaftlich zu bearbeiten und zu diskutieren. Ein umfangreiches Programm wurde erstellt, das zwei zentrale Themenstellungen hatte:

1. Gesundheitsförderung und Prävention bzw. den gesellschaftlichen und medizinischen Rahmen für psychische Gesundheit und
2. die Versorgung und Versorgungsstrukturen für psychische Erkrankungen.

Im Rahmen des ersten Themenschwerpunkts erläuterte Univ.-Prof. Dr. **Hurrelmann** (Univ. Bielefeld) in seinem Plenarreferat die Fragestellung: „Wie psychisch krank ist unsere Gesellschaft?“ Nach Hurrelmann ändert sich die Gestalt des menschlichen Lebenslaufes durch wirtschaftliche, kulturelle und demografische Faktoren. Auffällig sei dabei die Verlängerung der Lebensspanne, die seit 200 Jahren praktisch zu einer Verdoppelung der durchschnittlichen Lebenszeit auf heute fast 80 Jahre geführt habe. Insgesamt sei die „soziale Architektur des Lebenslaufes“ vielfältiger und fragiler geworden, wodurch sich an die Gestaltung der einzelnen Phasen im Lebenslauf und an die Selbstorganisation des gesamten Lebensentwurfes erheblich höhere Anforderungen stellen als in historisch zurückliegenden



Mag. Michael Prantner ist Mitarbeiter der SVA der gewerblichen Wirtschaft in Salzburg und Leiter des Arbeitskreises der SV-Wissenschaft.

Generationen“; eine „*Entnatürlichung*“ der Lebensabläufe ist damit verbunden.

„Die Passage zwischen Kindheit und Jugend, zwischen Jugend und Erwachsenenalter und zwischen Erwachsenenalter und Seniorenalter und der Austritt aus dem Leben können sowohl zeitlich als auch inhaltlich in einem hohen Ausmaß selbst gesteuert werden. Traditionelle Sinngewohnheiten- und Vorstellungsmuster von der Gestaltung des Lebenslaufes sind hinfällig“, so Hurrelmann.

Daraus ergibt sich, dass jeder Übergang im Lebenslauf eine höchst sensible Phase der Umorganisation der Lebensgestaltung darstellt, in der alle einem Menschen zur Verfügung stehenden Bewältigungskompetenzen aktiviert werden (müssen).

Hurrelmann meint, dass „jeder Übergang in dieser Hinsicht ein Risiko ist, so dass die zur Verfügung stehenden Kapazitäten für die Auseinandersetzung mit den Entwicklungsaufgaben möglicherweise nicht ausreichen, um den tatsächlichen Anforderungen gerecht zu werden.“

Besonders belastend sei dies insbesondere dann, wenn „durch die gesellschaftlichen Vorgaben – etwa aus dem Sozialversicherungsbereich – der rechtlichen Normierung von Verhaltensweisen und der wirtschaftlichen Absicherung des Lebens – eine „Taktung“ des Lebenslaufs nahe gelegt wird, die nicht den tatsächlichen Möglichkeiten für die Gestaltung des Lebenslaufs entspricht. Kommt es zu solchen Risikokonstellationen, dann besteht die Gefahr, Einbrüche in die Gesundheits-Krankheits-Balance zu erleiden.“

Hurrelmann weiter: „Dominant sind heute gesundheitliche Einschränkungen, die auf den Lebensstil zurückzuführen sind, insbesondere das Ernährungs- und Bewegungsverhalten und die Art und Weise, wie mit den Lebensherausforderungen, also den Entwicklungsaufgaben, psychisch und sozial umgegangen wird. Die Gesundheitspotentiale, die in jedem Lebensabschnitt aus den Ressourcen, Widerstandskräften und Handlungskompetenzen im Umgang mit Herausforderungen stehen, haben eine Verankerung im sozialen und ökologischen Umfeld.“

Es gibt jedoch Möglichkeiten für präventive Eingriffe, wozu eine Kombination von Individuum orientierten, verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen notwendig ist. „Es müsste dabei gelingen, die biologischen (inkl. der genetischen) Risikofaktoren so weit wie möglich auszuschalten, sie durch Stärkung der Persönlichkeitsstruktur zurückzudrängen und zugleich durch eine stabile soziale Umweltbeziehung Schutzfaktoren zu aktivieren und sie durch



© Almgren - Fotolia.com

gesundheitszuträgliche ökologische Bedingungen zu stabilisieren“, so Hurrelmann im Ergebnis.

Prävention bei psychischen Erkrankungen

Im zweiten Plenarreferat zum ersten Themenschwerpunkt untersuchte Univ.-Prof. Dr. **Kleiber** (FU Berlin) die Fragestellung der „Prävention psychischer Erkrankungen“. Kleiber begann mit der Feststellung, dass in Deutschland jeder dritte Bürger zwischen 18 und 65 Jahren eine behandlungsbedürftige psychische Störung aufweise. Es gebe zudem viele negative Langzeiteffekte in vielen Lebensbereichen, etwa in der beruflichen Karriere, der Partnerschaft, durch Leidensdruck oder etwa durch körperliche Erkrankungen. Dies schlage sich auch auf die Frühpensionierungen durch, wo die Zunahme an psychischen Erkrankungen von 24 % im Jahr 2005 auf 32 % im Jahr 2009 als Pensionierungsgrund mittlerweile führend sei. Diese These bestätigen auch österreichische Statistiken zu den Gründen für eine Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit. Überdies sind die Raten von Frühpensionierungen auch ein Problem unterschiedlicher Bevölkerungsschichten; Die Raten in den „Unterschichten“ sind beinahe doppelt so hoch wie in den „Oberschichten“.

Auch leiden immer mehr Kinder und Jugendliche unter psychischem Druck bzw. Störungen, insbesondere auch Entwicklungsstörungen. Diese brauchen daher ein Mehr an Verstehen, Sinnhaftigkeit und Bewältigbarkeit, um ihr Leben zu meistern. Dabei sind Anforderungen und Verpflichtungen auch so lange positiv zu sehen, als eine damit einhergehende Wertschätzung erfolgt und gute Erfolge erzielt werden. Ansonsten kommt es zu Verausgabung und Verletzungen des psychischen Zustandsbildes, hält

Im Jahr 2009 haben in Österreich rund 900.000 Menschen wegen psychischer Leiden Leistungen der Krankenversicherung bezogen.

Kleiber fest. Für 90 % ist derzeit jedoch noch der Hausarzt die erste Anlaufstelle. Zentral für eine Prävention wäre daher, dass die Sensibilität dafür in allen politischen Bereichen zum Thema geschärft wird. Die Frage müsste sein, was die Gesellschaft bzw. jede/r Einzelne dafür tun kann, um vorzubeugen? Die Verbesserung der Lebensqualität, Maßnahmen gegen Stigmatisierung und eine Stärkung sozialer Netzwerke gehören, laut Kleiber, gefördert bzw. ausgebaut. Zudem müssten Risikofaktoren wie etwa Drogen, Alkohol, Isolation oder auch Umsiedlung bzw. Armut durch gezielte Maßnahmen reduziert werden.

Schließlich gilt es bei personalen Bewältigungsressourcen anzusetzen; Zuversicht, Optimismus, Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl gehören gestärkt und gefördert. Es müsse, so Kleiber abschließend, auch zu einem Umdenken dahin kommen, dass der/die Behandler/in positive Zustände beim Patienten sucht und nicht die negativen Zustände.

Gesund und krank – Definitionsmerkmale

Den zweiten Themenschwerpunkt (Versorgung und Versorgungsstrukturen für psychische Erkrankungen) läutete Univ.-Prof. Dr. **Sönnichsen** (Paracelsus Med. Univ. Salzburg) ein, der seinen Vortrag unter dem Titel „Grenzverlauf zwischen Störung und Krankheit“ damit begann, die Frage aufzuwerfen: „Was ist eigentlich gesund?“. Sönnichsen kam dabei zu dem Zwischenergebnis, dass im Prinzip per Definition jeder Mensch krank ist, denn: „Es gibt keine Gesunden – es gibt lediglich Menschen, die noch nicht hinreichend ausführlich untersucht wurden“.

Unter dem Schlagwort „*Disease Mongering*“ erläuterte Sönnichsen in der Folge, dass früher etwa Traurigkeit, Schüchternheit, ein aufgewecktes oder auch ungezogenes Kind oder etwa Angst – also Zustände, die zum Leben gehören – heute vielfach als behandlungsbedürftig eingestuft werden, weil als Diagnosen dazu Depression, Sozialphobie, ADHS bzw. eine Verhaltens- oder etwa Angststörung gestellt werden. Vor dem Beispiel der Epidemiologie der Depression in der europäischen Bevölkerung legte Sönnichsen dar, dass im Zusammenhang mit derartigen Studien vielfach gravierende Interessenkonflikte bestehen, da derartige Studien oftmals durch die Industrie und Psychopharmakahersteller finanziert werden.

Sönnichsen dazu: „Der Zweck der Übung ist in der Bevölkerung und bei Ärzten das „Problembewusstsein“ zu fördern, Bevölkerung, Ärzten und Politikern zu suggerieren, dass das Problem maßlos un-

terschätzt wird, Bevölkerung, Ärzten und Politikern zu suggerieren, dass die Bevölkerung hinsichtlich des Problems medizinisch unterversorgt ist, in der Folge die Menschen dazu zu bewegen, mehr Medikamente zu fordern und letztlich die Ärzte dazu zu bewegen, mehr Medikamente zu verschreiben“.

„Modelle zur Versorgung psychisch Kranker aus rechtspolitischer Sicht“ war der Titel des Plenarreferats von Univ.-Prof. Dr. **Mosler** (Univ. Salzburg). Vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungslage in Österreich erläuterte Mosler die juristischen Grundlagen in Zusammenhang mit dem Thema der Werkstatt. Einschlägig für die Versorgung psychisch kranker Menschen ist auch hier § 133 ASVG, der den generellen Anspruch auf Krankenbehandlung und den Umfang dieser normiert; § 135 Abs. 1 Z 3 ASVG regelt in der Folge den Anspruch auf psychotherapeutische Behandlungsleistungen.

Mosler kommt zu dem Zwischenergebnis, dass keine Therapieform an sich ausgeschlossen ist, jedoch durch § 133 Abs. 2 ASVG – Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten – auch hier Grenzen gesetzt sind. Bei Fehlen entsprechender (gesamt- bzw. einzel-)vertraglicher Regelungen mit Vertragspartnern wird derzeit ein Kostenzuschuss von 21,80 Euro seitens der SV-Träger bezahlt. Mosler wirft dabei die Fragen auf, ob Differenzierungen des Kostenzuschusses anhand der Schwere der Erkrankungen bzw. nach sozialen Kriterien möglich wären. Eine Differenzierung anhand der Qualifikation der/des Psychotherapeutin/en ist laut Erkenntnis des VfGH jedenfalls ausgeschlossen, so Mosler.

Er bewertet in der Folge unterschiedliche Versorgungsmodelle, wobei stets die Ziele „Verstärkung der Sachleistungsversorgung, Verbesserung der Qualität der Versorgung, Verbesserung der regionalen Verteilung, Förderung integrativer Modelle und Verbesserung des Schnittstellenmanagements“ vorrangig zu sein haben. Mosler kommt zu dem Schluss, dass ein Konzept für eine ganzheitliche Versorgung, die Sicherung der Finanzierung eines Versorgungsausbaus, die gesetzliche Absicherung von Vertrags-/Verzeinslösungen notwendig sind und Zuzahlungen als Steuerungsinstrument vertretbar sind, wobei aber eine Abfederung für sozial Schwache vorzusehen ist. Weiters sind aus seiner Sicht spezialisierte Angebote für Kinder/Jugendliche sowie ältere Menschen und eine Qualitätssicherung erforderlich, wobei insbesondere eine Differenzierung nach der Qualität des Anbieters gesetzlich abgesichert werden sollte.

Wegen psychischer Diagnosen waren rund 78.000 Österreicher im Krankenstand und 70.000 hatten deshalb einen stationären Aufenthalt.

Psychosoziale Versorgungsmodelle und ihre Finanzierung

Dem zweiten Themenschwerpunkt beschloss Univ.-Prof. Dr. **Katschnig** (LBI für Sozialpsychiatrie; Med. Univ. Wien) mit seinem Plenarreferat unter dem Titel „Psychosoziale Versorgungsmodelle und ihre Finanzierungsmechanismen“. Er ging von der historischen Entwicklung aus und erläuterte, dass 150 Jahre lang die psychiatrische Versorgung vorwiegend in großen Anstalten stattfand. Erst in den 50-er Jahren des 20. Jh. änderte sich dieses einfache Versorgungsmuster durch die Entdeckung der Psychopharmaka. Erst nach und nach entstanden, international unterschiedlich, „gemeindenahe“ psychiatrische Einrichtungen wie psycho-soziale Dienste, Tageskliniken, Reha-Einrichtungen, Wohnheime und mobile Dienste.

Die niedergelassenen Psychiater nahmen an Zahl zu und die Versorgungslandschaft wurde bunt wie ein Fleckerlteppich mit unterschiedlichen Bezahlungsmechanismen, welche die Kontinuität der Betreuung nicht fördern. Katschnig dazu: „In Österreich kamen vor 20 Jahren psychotherapeutische und andere Berufe hinzu und die Ärztekammer verleiht heutzutage auch Psy-Diplome. Modelle der Psychiatrischen Versorgung gibt es, – laut seinem Befund, – jedoch auf dem Papier, in der Realität bestimmen die Bezahlungsmechanismen (nicht nur die Höhe der dafür zur Verfügung stehenden Mittel) wesentlich mit, was an psychiatrischer Versorgung tatsächlich passiert.“

Katschnig führte aus, dass psychische Krankheiten in sich nicht einheitlich sind. „Neurotische“ und „psychotische“ Syndrome verlangen verschiedene Zugangswege, genauso wie Demenz- und Abhängigkeitserkrankungen, so dass Planungen darauf differenziert Rücksicht nehmen müssen. Katschnig stellt fest, dass auch unterschiedliche Vorstellungen und Vorurteile – etwa zur Frage der Chronizität und Heilbarkeit – herrschen, was zu unterschiedlichen gesellschaftlichen Antworten im Hinblick auf die Versorgungsplanung führt.

Katschnig konstatiert, dass zwar heute weltweit und in Österreich überwiegend Prinzipien einer so genannten gemeindenahen Versorgung vertreten werden, die Finanzierungsstrukturen jedoch selten regelhaft darauf ausgerichtet sind. Katschnig dazu mit einem Beispiel: „Die Krankenhausbehandlung und die Versorgung durch niedergelassene Ärzte folgen unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen, sozialpsychiatrische Einrichtungen werden aus Steuern über Vereine finanziert. Alle Einrichtungen müssen in diesem fragmentierten System trachten, auch finanziell zu überleben und die Kontinuität und Koordination der Betreuung psychisch Kranker leidet darunter.“

Dies sei woanders nicht viel anders, allerdings gibt es Versuche, die Prinzipien der gemeindenahen



psychiatrischen Versorgung durch neue Finanzierungsmodelle sozusagen indirekt umzusetzen, etwa durch ein regionales Psychiatricbudget, etwa in Norddeutschland, von wo ermutigende Berichte kommen. Katschnig erläuterte schließlich, basierend auf internationalen Vergleichen, die Implikationen unterschiedlicher Finanzierungsmechanismen für die Qualität der psychiatrischen Versorgung. Zur Sprache kamen unterschiedliche Muster des „Einsammelns“ und „Poolens“ finanzieller Ressourcen (Pflichtversicherung und Versicherungspflicht, Steuern versus Sozialversicherung, etc.) und die Mechanismen des Bezahlers von Dienstleistern sowie die implizit positiven, negativen und oft dysfunktionalen Anreize für eine patientengerechte Versorgung psychisch Kranker.

Die Plenarreferate bildeten die Basis für verschiedene Workshops, in denen sich die Teilnehmer/-innen aktiv einbrachten. Die Workshops vertieften Einzelfragen aus den Plenarreferaten, etwa zu den Themen Arbeitswelt, betriebliche Gesundheitsförderung, rechtliche Aspekte, psychiatrische Rehabilitation, psychische Gesundheit bei Kinder und Jugendlichen bzw. im Alter sowie die entsprechenden Versorgungsfragen bei Demenzen, Kinder und Jugendlichen bzw. bei komplexem Hilfebedarf. Ein Workshop widmete sich auch der Frage der strukturellen und finanziellen Aspekte.

Alles in allem war die diesjährige Werkstatt gekennzeichnet von einer lebhaften Diskussion der Teilnehmer und kann vielleicht dazu beitragen den notwendigen Anschlag bzw. Input für die geplante „mental health strategy“ zu liefern. Geplant ist auch einen Tagungsband zu der Veranstaltung herauszugeben. Die nächste Werkstatt wird 2013 stattfinden. Alle Unterlagen der Referenten finden Sie auf der Homepage von SV-Wissenschaft unter:

<http://www.sv-wissenschaft.at>

v.l. Univ.-Prof. Dr. Hurrelmann (Univ. Bielefeld),
Dir.-Stv. Dr. Amler (SV-Wissenschaft),
Univ.-Prof. Dr. Kleiber (FU Berlin).