

Diabetes und psychische Gesundheit

Ein Symposium der SV-Wissenschaft in der



Dr. Gert Klima, ärztlicher Leiter der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse.



Prim. Dr. Heidemarie Abrahamian, Leiterin der Internen Abteilung im Wiener Otto-Wagner-Spital.

Am Montag, den 14. November war Welt-Diabetes-Tag (World Diabetes Day), der seit 1991 begangen wird, und am Dienstag, den 27. September 2011 fand gantztägig in den Räumlichkeiten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse in St. Pölten eine Fachtagung zum Thema „Diabetes und psychische Gesundheit“ statt, das auf Grund neuerer Daten – vor allem wegen des erhöhten Depressions-Risikos als hochaktuell und brisant zu bewerten ist. Der Verein SV-Wissenschaft, der sich mit Forschung und Lehre in der österreichischen Sozialversicherung beschäftigt, lud Fachleute aus dem Gesundheitswesen zum wissenschaftlichen Austausch ein. Mitveranstalter waren das Projektteam LEICON – Leistungscontrolling der Nö. Gebietskrankenkasse, das „Therapie Aktiv“-Team, die Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau sowie die Oö. Gebietskrankenkasse.

„Psychische Erkrankungen im Vormarsch“ – Schlagzeilen wie diese fanden sich in den letzten Monaten vermehrt in den Medien. Ein besonderes Spannungsfeld ergibt sich für Diabetiker als chronisch Kranke. Einerseits zeigen Analysen, dass depressive Diabetiker mit erfolgreicher Behandlung der Depression eine bessere Compliance bezüglich Bewegung bzw. Diät aufweisen, was wiederum zur Verbesserung der medizinischen Outcomes führt. Andererseits stehen einige Psychopharmakapräparate im Verdacht, „diabetogen“ zu sein, was bedeutet, dass sie mit Gewichtszunahme und erhöhten Blutzuckerwerten assoziiert werden.

NÖGKK-Dir.-Stv. Dr. Martina **Amler** (Vorsitzende der SV-Wissenschaft): „Ziel des Symposiums war es,

Zusammenhänge zwischen Diabetes mellitus Typ 2 und psychischer Gesundheit, insbesondere hinsichtlich medikamentöser Therapie und Compliance (Einhaltung der Regeln) aufzuzeigen und ein entsprechendes Problembewusstsein zu schaffen.“

Eine fundierte Grundlage für den Experten-Talk bildete das Datenmaterial der Projekte „Leistungscontrolling“ sowie „Therapie Aktiv“.

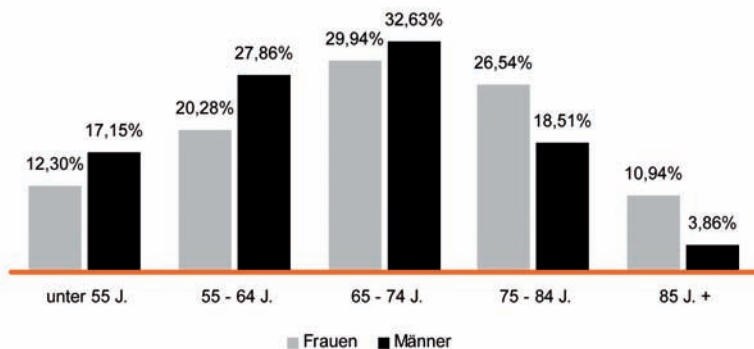
78 Prozent aller Diabetes-mellitus-Patienten erhalten Arzneimittel gegen Bluthochdruck und 49 Prozent dieser Gruppe beziehen Lipidsenker, so Dr. Gert **Klima**, ärztlicher Leiter der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und Projektleiter des Disease-Management-Programmes „Therapie Aktiv“ für Diabetes-Erkrankte.

Mag. Martin **Robausch** von der NÖGKK brachte einleitend einige statistische Daten zur diabetischen Erkrankung ein. Dabei zeigte sich in der Altersverteilung, dass der dichteste Anteil bei den 65- bis 74-jährigen Männern mit 32,6 Prozent liegt, gefolgt von den Frauen derselben Alterskohorte mit 29,9 Prozent. Es folgt die Gruppe der 55- bis 64-Jährigen, die bei den Männern einen Anteil von 27,9 Prozent und bei den Frauen von 26,5 Prozent aufweist. Umgekehrt stellt sich das Verhältnis bei den 75- bis 84-Jährigen dar: Hier sind die Frauen mit 26,5 Prozent vertreten, während Männer in dieser Altersgruppe nur mehr mit einem knappen Fünftel (18,5 Prozent) aufscheinen. Noch stärker wirkt sich diese Geschlechterdifferenz bei den über 85-Jährigen aus (7 Prozent), woraus Rückschlüsse auf das allgemeine Sterbealter und die Differenz bei Männern und Frauen zulässig sind.

Dabei wurden die Gesamtkosten (stationäre Aufenthalte, Heilmittel und Arzteigenkosten) pro Diabetes mellitus 2-Patient mit rund 3.500 Euro errechnet, wobei alleine der Anteil an Heilmittelkosten (inkl. aller Begleiterkrankungen wie z. B. Depression) durchschnittlich 1.150 Euro beträgt. Die „Nettokosten“ (Antidiabetika, Lipidsenker, Bluthochdruckmittel, etc.) werden bei Diabetes Typ 2 mit rund 490 Euro pro Patient beziffert.

Prof. Dr. Frank **Petrak** vom Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum ging in seinem interessanten Vortrag auf die Interaktion zwischen Diabetes und Depression ein und kam somit auf die Krankheit selbst zu sprechen. Sein entschiedenes Argument lautete: Depression bei Diabetes bleibt meist unerkannt und unbehandelt, obwohl Depression in einem von Seiten des Arztes kompetent geführten Patientengesprächs relativ schnell und

Altersverteilung 2009





eindeutig abgeklärt werden könnte. Neben den Leitsymptomen wie depressiver Stimmung, allgemeinem Interesseverlust und Antriebsminderung sind auch Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Hemmung Selbstwertminderung und Appetitlosigkeit bemerkbar.

Alleine 37 Prozent aller depressiven Erwachsenen tragen ein erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes in sich. Diabetes scheint prädestiniert zu sein, auf Grund seines Krankheitsbildes eine Depression vermehrt auszulösen und vice versa. Und im Alter erhöht Depression das Mortalitätsrisiko, während bei jüngeren Jahrgängen dieses Risiko als sehr vermindert einzustufen ist. Wechselseitig begünstigt wird dieser Umstand, dass bei Depression eine geringere Therapieadhärenz auf Seite des Patienten festzustellen ist.

Prim. Dr. Heidemarie **Abrahamian** (Leiterin der Internen Abteilung im Wiener Otto-Wagner-Spital und Psychotherapeutin) schlug in ihrem Vortrag in dieselbe Kerbe wie ihr Vorredner und forderte eine stärkere Einbeziehung der psychischen Disposition des Patienten. Die komplexe Problematik zwischen einer DM2-Erkrankung und der Psyche sei als *bidirektionale* Beziehung zu bezeichnen, wobei für Depression als besondere Risikofaktoren familiäre Belastungen und Stress zu nennen sind, wofür im Besonderen Frauen Gefährdungen unterliegen. Frauen haben eine höhere Empfindlichkeit für Stress und erreichen damit die Schwelle für eine Erkrankung rascher.

Dabei habe der Hausarzt eine generelle Schlüssel-funktion bei der Früherkennung einer Depression. Das Problem dabei: Patienten, die unter einer depressiven Störung leiden, konsultieren oftmals den Arzt wegen ganz unspezifischer körperlicher Beschwerden und bagatellisieren gerne die psychische Symptomatik. Daher würden laut Abrahamian 50 bis 70 Prozent der Depressionen in der ärztlichen Versorgung nicht erkannt. Dabei könne es auch vor-

Depression und Diabetes

Mikrovaskuläre Komplikationen



Jüngere

Moderate Risikoerhöhung

De Groot et al. (2001) Psychosom Med, 63:619-630



Ältere

Sehr starke Risikoerhöhung

Black et al. (2003) Diabetes Care, 26: 2822-28

kommen, dass Depression als Demenz verkannt werde oder umgekehrt.

Ein weiterer kausaler Zusammenhang bestehe auch darin, dass die Nebenwirkungen von Psychopharmaka darin bestünden, Gewichtszunahmen und direkte metabolische Effekte auszulösen, was wiederum Tagesmüdigkeit auslöse und die Motivation für Bewegung einschränke.

Aus der Perspektive der Allgemeinmedizin thematisierte Dr. Susanne **Rabady** (Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin) die Erfahrungen und die Evidenz im Kontext von Diabetes und Psyche. Anhand zweier Patienten mit unterschiedlichem sozialen Status (leitender Angestellter und LKW-Fahrer) konnte sie die ebenso unterschiedliche Adhärenz der beiden zeigen, die beim Angestellten eine Trendumkehr nach etwa einem Jahr auslöste, wohingegen beim LKW-Fahrer eine Lebensumstellung nicht vorstellbar war. Diabetes sei eine Schwellenerkrankung, so das Fazit.

Die Bundeshauptstadt Wien weise gleichsam als Beleg dafür eine besonders hohe Prävalenz im Vergleich zu ländlichen Regionen und anderen Städten auf. Männer mit Pflichtschulabschluss der Altersgruppe 25 bis 49 Jahre, aber auch Männer mit über 50 Jahren bilden hier die „Kerngruppe“ mit dem größten Gefährdungspotential.

Zum Abschluss der Tagung erläuterte Prof. Dr. med. Thomas E. **Dorner** (Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien) den Zusammenhang aus der Public-Health-Perspektive und steuerte einige Einsichten aus der Epidemiologie bei. 270.000 Personen stehen in Österreich mit medikamentöser Therapie (basierend auf Medikamentenverkauf) in ärztlicher Behandlung. Experten des sozialmedizinischen Institutes schätzen, dass diese Zahl zwei Drittel aller an Diabetes Erkrankten wiedergibt. Ein Drittel der Diabetiker/innen behelfe sich mit Lebensstiltherapie, sodass der österreichi-



Dr. Susanne Rabady, Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.



Prof. Dr. med. Thomas E. Dorner, Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien.



Prof. Dr. Frank Petrak, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum am Rednerpult.



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.

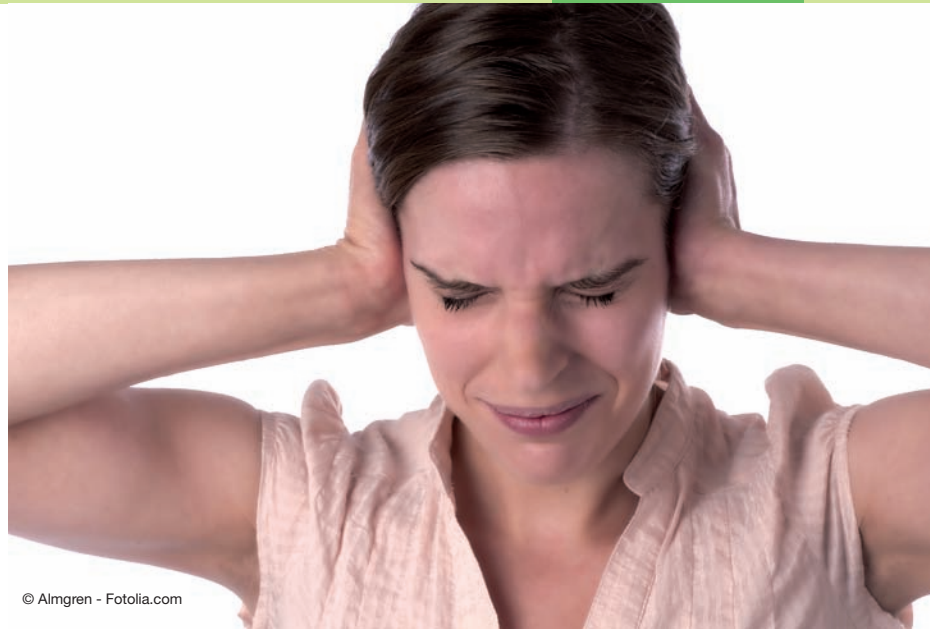
Daraus ergibt sich, dass jeder Übergang im Lebenslauf eine höchst sensible Phase der Umorganisation der Lebensgestaltung darstellt, in der alle einem Menschen zur Verfügung stehenden Bewältigungskompetenzen aktiviert werden (müssen).

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) lautete 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).