

**Psychisch Kranke: niederschweligen Zugang ermöglichen!**

Wie kommen psychisch kranke Menschen zu einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung? Etwas anders als sonst in der Medizin. Über 60% der Patientinnen und Patienten suchen den Facharzt für Psychiatrie selbst oder auf

nichtärztlichen Rat auf. Scham der Patienten und Stigmatisierung psychisch Kranker verlangen einen niederschweligen Zugang ohne zusätzliche Hürden, wie dies etwa der differenzierte Selbstbehalt bedeutet.

*Dr. med. Hans Kurt, Präsident SGPP und FMPP*

Psychische Krankheiten sind häufig – werden häufig aber auch kaum adäquat behandelt

## Positionspapier zur Verdoppelung des Selbstbehaltes für psychisch Kranke

Gerhard Ebner<sup>a</sup>, Hans Kurt<sup>b</sup>

a Dr. med., Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP

b Dr. med., Präsident der SGPP und Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum FMPP

### Höchste globale Krankheitslast

50 Prozent der Bevölkerung haben in ihrem Leben eine psychische Störung, am häufigsten sind Depressionen, Angst- und Substanzstörungen, sowie Schmerzstörungen. Sie haben mit einem Viertel bis einem Drittel der verlorenen gesunden Lebensjahre die höchste globale Krankheitslast (Verlust von behinderungsfreien Lebensjahren) und stellen den Hauptgrund für Frühberentungen dar. 1300 Menschen sterben jährlich in der Schweiz an Suizid, ca. 15 000 Menschen in der Schweiz begehen einen Suizidversuch, wobei 90 Prozent der Betroffenen unter einer psychischen Störung leiden. Nur schon die Folgekosten dieses Suizidgeschehens betragen jährlich 2,5 Milliarden Franken. Durchschnittlich vier Angehörige der Suizidopfer erleben als Hinterlassene selbst ein erhebliches Leiden.

Bei manisch-depressiven Krankheiten zeigt eine Studie eindrücklich, dass bei keinem einzigen die richtige Diagnose in den Praxen gestellt wurde. Wohlge-merkt: Die Hausärzte besitzen heute gute Kenntnisse in Psychiatrie und sind sich der Bedeutung psychischer Krankheiten bewusst. Dennoch zeigen Studien und Praxis, dass es für eine genügende flächendeckende Versorgung eben auch Spezialisten braucht, ohne die eine geeignete Behandlung nicht gewährleistet ist.

### Betroffene wollen direkt zum Psychiater

Die psychiatrischen Fachärzte und psychiatrischen Institutionen nehmen hierbei eine wichtige Funktion ein, indem sie derartig schwere Krankheiten, die im Allgemeinen gut behandelbar sind, aufgrund ihrer Erfahrung zuverlässig erkennen und nach dem aktuellen

**Hausärzte besitzen heute gute Kenntnisse in Psychiatrie. Dennoch braucht es für eine genügende flächendeckende Versorgung Spezialisten, ohne die eine geeignete Behandlung nicht gewährleistet ist**

### Grundversorger sind wichtig, jedoch keinesfalls ausreichend

In der Tat kommt den ärztlichen Grundversorgern eine wichtige Rolle bei Erkennen, Behandeln und Prävention von psychischen Störungen und deren Folgen zu. Dies bestätigt schon die Tatsache, dass über die Hälfte der sich suizidierenden Menschen noch im Monat vor dem Ereignis ihren Hausarzt aufsucht, in der Regel mit einer Depression. Trotz der Häufigkeit psychischer Erkrankungen werden diese oft nicht als solche diagnostiziert und entsprechend behandelt. Lediglich etwa 50% der psychisch Kranken erhalten überhaupt ärztliche Hilfe. Fachärztliche Behandlungen erfolgen bei 25% der Patienten, eine adäquate, dem Leiden angepasste Behandlung kann nur bei 10% der Patienten zum Tragen kommen.

Kenntnisstand behandeln können. Nach einer Schweizer Untersuchung kommen hierbei etwa 60 Prozent der Kranken direkt, ohne über den Hausarzt zugewiesen zu werden, in die psychiatrischen Praxen und Institutionen. Allgemein besteht Einigkeit darin, dass bei Früherkennung und Frühbehandlung psychischer Störungen fachärztliche Hilfe unabdingbar ist.

Die Einführung zusätzlicher Hürden mit «Gate-keeping-Systemen», Erhöhung des Selbstbehaltes bei einer Bevölkerungsgruppe, die statistisch gesehen eher zu den sozial schwächeren Gruppen gehört, würde eine zusätzliche Erhöhung der Eintrittsschwellen für adäquate psychiatrische Dienstleistungen für Betroffene wie Angehörige bedeuten und sich angesichts der schon bestehenden Hürden und der Hemmungen der Kranken, sich eine seelische Krankheit einzugestehen,

Korrespondenzen:

Dr. med. Gerhard Ebner M.H.A.  
Direktor  
Universitäre Psychiatrische  
Kliniken  
Wilhelm-Klein-Strasse 27  
CH-4025 Basel

Gerhard.Ebner@upkbs.ch

Dr. med. Hans Kurt  
Postgasse 17  
CH-Bern 8

kurt@solnet.ch

sehr negativ auswirken. Die äusserst sensible Beziehung zwischen Arzt und Patient in jedem Falle einer psychischen Erkrankung erfordert den direkten Zugang zu diesen ärztlichen Leistungen. Genauso wenig wie von einer Frau erwartet wird, sich bei gynäkologischen Leiden zunächst einer hausärztlichen Untersuchung zu unterziehen, ist es absurd, psychisch Kranken, die oftmals Hemmungen haben, über ihre Leiden zu sprechen, diesen Umweg zuzumuten. Hierbei ist nach einer Vielzahl von Untersuchungen belegt, dass ebendiese Hürden der Hauptgrund für die ungenügende Versorgung psychisch Kranker sind.

### Enge Zusammenarbeit und weiterhin direkter Zugang zum Psychiater

Was bleibt zu tun? Ein enges Zusammenspiel zwischen psychiatrischen Spezialisten und Grundversorgern ist wohl der Schlüssel für eine wirksame Prävention und Behandlung; dies zeigen eindrücklich Projekte, wie das Bündnis gegen Depression, bei dem neben einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit auch Hausärzte geschult und mit psychiatrischen Spezialisten zusammengebracht werden.

## Einige ergänzende Daten zum vorangegangenen Positionspapier

### Epidemiologie von psychischen Erkrankungen und Versorgungssituation

- Sie verursachen 1 % der Todesfälle.
- Sie haben die höchste globale Krankheitslast: ( $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{3}$  der verlorenen gesunden Lebensjahre).
- Insgesamt werden sie in den nächsten 20 Jahren die Liste der WHO bezüglich DALYs in Ländern mit hohem Einkommen anführen.
- Sie stellen den Hauptgrund für Frühberentungen dar
- Nur die Hälfte der Patienten erhält überhaupt ärztliche Hilfe, nur ein Viertel fachärztliche und insgesamt nur etwa 10 Prozent adäquate ärztliche Hilfe.
- Sie verursachen in der Schweiz etwa 10 % der Behandlungskosten.
- Sie verursachen jährlich in Europa 300 Mrd. Euro Kosten,  $\frac{1}{3}$  davon Behandlungskosten,  $\frac{1}{3}$  indirekte Kosten.
- 1200 bis 1300 Menschen sterben in der Schweiz jährlich an Suizid
- 90 % der Betroffenen haben eine psychische Störung.
- 10 % der Bevölkerung begehen in ihrem Leben einen Suizidversuch.
- Über 60 % der Suizidanten begeben sich die letzten vier Wochen noch zu einem Arzt, in der Regel einem Praktiker, meist mit der Angabe von körperlichen Symptomen [1, 2]\*.
- Die Folgekosten des Suizidgeschehens betragen jährlich 2,5 Mrd Franken.
- Stigmatisierung scheint einer der Haupthürden für die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen zu sein. [2, 4, 5, 6, 7, 8]

### Die Bedeutung der Grundversorger

- Zur Frage, inwieweit psychische Störungen in ausreichendem Mass von Hausärzten erkannt werden, liegen aus verschiedenen Studien empirische Daten vor. Am häufigsten beziehen sich diese Daten auf das Erkennen depressiver Störungen. Übereinstimmend werden in deutschen Untersuchungen Erkennensraten von 45%–50% berichtet.
- Die aktuelle Studie von Sielk [9] in Düsseldorfer Lehrarztpraxen zeigt eine Übereinstimmung von Hausarzturteil und psychiatrischem Test von knapp 50% und bestätigt damit die Resultate früherer Untersuchungen von Ebel, Beichert und Berger [10, 11].
- Höhere Erkennensraten werden lediglich in einer Untersuchung von Jacoby et al. [12] berichtet (zwischen 50% und 75% bei Major Depression). Hier wird jedoch auch auf die mit 11,3% hohe Rate der falsch positiv diagnostizierten Patienten hingewiesen, die weder DSM- noch ICD-Kriterien einer Depression erfüllen, aber hauptsächlich medikamentös behandelt werden. Mit 15% berichtet Berger [11] eine noch etwas höhere Zahl falsch positiv diagnostizierter Fälle.
- In der US-amerikanischen Studie von Das et al. [13] zu bipolaren Störungen und deren Erkennung in der Allgemeinarztpraxis werden knapp 50% der positiv gescreenten bipolaren Patienten als aktuell depressiv diagnostiziert, keiner (!) erhielt die Diagnose bipolare Störung.
- Ebel und Beichert [10] zufolge bleiben 50%–75% aller Depressionen unbehandelt, eine medikamentöse Behandlung erfolge in 15% der Fälle, allerdings zum Grossteil in nicht ausreichender Dosierung. Lediglich 10% der depressiven Patienten werden diesen Autoren zufolge zum Facharzt überwiesen. Ähnliche Daten von 10% bis 16% Überweisungen an Spezialisten bei diagnostizierter Depression berichten Jacoby et al. [12].
- Althaus et al. [14] gehen davon aus, dass die Rate adäquat behandelter depressiver Patienten bei lediglich 10% bis 20% liegt.
- Etwa 60% suchen primär einen Psychiater auf [15].

\* Die Literaturangaben finden sich im Internet unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) → aktuelle Ausgabe oder → Archiv → 2009 → 49.

**Literatur**

- 1 Walther F, Noack H. Suizid und Suizidversuch in der ärztlichen Praxis. Ergebnisse einer retrospektiven, epidemiologischen-sozial-wissenschaftlichen Untersuchung. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin; 1988.
- 2 Michel K. Der Arzt und der suizidale Patient. *Schweiz Med Forum*. 2002; 29/30: 704–7.
- 3 Goldsmith SK et al. Barriers to effective Treatment and Intervention. In: *Reducing Suicide – a national imperative*. Washington D.C. 2002; 331ff. [www.nap.edu](http://www.nap.edu)
- 4 Ajdacic-Gross V, Graf M. Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz; 2003.
- 5 Burns T et al. Which individuals with affective symptoms seek help? Results from the Zurich epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108:419–26.
- 6 Obsan. Suizide und Suizidversuche. Indikatoren. 2009; [www.obsandaten.ch](http://www.obsandaten.ch)
- 7 Schuler D, Rüesch P. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel. [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)
- 8 Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology: the Journal of the European College of Neuro-psychopharmacology*. 2005; (4)15:357–76.
- 9 Sielk M, Altiner A, Janssen B et al. Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Psychiatr Prax*. 2009;36:169–74.
- 10 Ebel H, Beichert K. Depressive Störungen bei Patienten der Allgemeinmedizin. *Deutsches Ärzteblatt*. 2002;99(3):A124–A130.
- 11 Berger M. Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Faches «Psychiatrie und Psychotherapie». *Nervenarzt*. 2004;75:195–204.
- 12 Jacoby F, Höfler M, Meister W, Wittchen HU. Prävalenz. Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen – Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt*. 2002;73:651–58.
- 13 Das AK, Olfson M, Gamer-off MJ et al. Screening for Bipolar Disorder in a Primary Care Practice. *JAMA*. 2005;293(8):956–63.
- 14 Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U. Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren. «Bündnis gegen Depression». *Nervenarzt*. 2007;78:272–82.
- 15 Boggio Y et al. Evaluation de la mise en œuvre et des effets immédiats de la nouvelle ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance concernant la psychothérapie (OPAS). *Evaluanda*. Genève: Interface Luzern; 2008.