



FRANKFURTER FORUM ■ DISKURSE

Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen



Heft 9
März 2014
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen



Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 9
März 2014
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.

Inhalt

Über die Unvermeidbarkeit seelischer Not –
ein Lebensbestandteil des Menschseins 4

Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen

VOLKER ULRICH

**Wirtschaftliche Folgen psychosozialer
Erkrankungen in Deutschland 6**

HERBERT REBSCHER

**Qualität der Versorgungsabläufe
auf dem Prüfstand 18**

KAY GROBMANN

**Prävention seelisch bedingter Erkrankungen am
Arbeitsplatz – nur eine Frage für Ärzte? 28**

HANNS PAULI

**Psychische Belastung im Betrieb –
Lösungsansätze aus Arbeitnehmersicht 38**

THOMAS KECK

**Psychische und psychosoziale Rehabilitation –
der Beitrag der Rentenversicherung 44**

Frühzeitige Beratung, differenzierte Hilfen und bessere
Patientensteuerung sind nötig 56

Über die Unvermeidbarkeit seelischer Not – ein Lebensbestandteil des Menschseins

GUDRUN SCHAICH-WALCH, STAATSSSEKRETÄRIN A.D. / DR. JÜRGEN BAUSCH



Zwei große Vortrags- und Diskussionswochenenden des „Frankfurter Forums“ über „Psychische Erkrankungen in unserer Bevölkerung“ liegen 2013 hinter uns. Alle Referate sind in diesem Diskurs-Heft sowie in Heft 8 ebenso nachlesbar wie im Internet unter <http://frankfurterforum-diskurse.de>.

Will man das Ergebnis dieses Versuchs einer Bestandsaufnahme auf einen Punkt bringen, dann sollte man eine Gewissheit festhalten: Die komfortable politische, soziale und wirtschaftliche Bestlage Deutschlands im Herzen Europas hat nicht zur Folge, dass paradiesische Glücksgefühle und Lebenszufriedenheit unsere Bürger durchströmt oder sogar seelische Not und Traurigkeit die Landesgrenzen verlassen haben. Es geht uns gut und schlecht zugleich. Manchmal sogar in einer Person gleichzeitig. Vor allem aber in vielen Bevölkerungsschichten.

So zum Beispiel den vielen alt gewordenen Menschen in ihrer Einsamkeit und Isolation. Menschen, denen Freunde und Familienangehörige durch Ortswechsel oder Krankheit und Tod abhanden kamen. Welche Antwort soll man einem geistig und körperlich noch leidlich fitten 95-Jährigen geben, der um Hilfe zum Suizid bittet, weil er tief deprimiert nur noch alleine

auf der Welt lebt? Seine Familie – sie war, was schon fast normal geworden ist, ohnehin nicht mehr groß –, ist längst ausgestorben. Solche Altersschicksale dürften in den kommenden Jahrzehnten eher die Regel als die Ausnahme werden. Befriedigende personelle oder gar medikamentöse Lösungen sind da schwer vorstellbar.

Und noch ein weiteres Beispiel aus unserer Wohlstandsgesellschaft: Was ist mit den nicht wenigen jungen Müttern und ihren Männern, die Familie, Kinder und Beruf nicht zur glücklichen Deckungsgleichheit bringen können? Wo sich aber körperliche Erschöpfung und Schlaflosigkeit mit emotionaler Überforderung verbinden zu einem üblen misslaunigen Gebräu, das zu entflechten und genießbar zu machen, weder mit Alkohol noch mit Psychopharmaka gelingt.

Gleichzeitig alles genießen zu wollen und auf nichts verzichten zu können, schafft keinen befriedigenden Lebensvollzug. Die alttestamentarische Weisheit: „Alles hat seine Zeit“, ist in Vergessenheit geraten. Oder wird bewusst negiert.

2013 wurde der Arbeitsplatz und seine körperlichen und seelischen Herausforderungen in den öffentlichen Fokus gerückt. „Burn out“ war in aller Munde. Vor 100 Jahren nannte man diesen Zustand „Neurasthenie“. Woraus

man schließen darf, der Zustand ist nichts Neues, nur das griffige Wort. Natürlich in Englisch.

Dennoch ist klar: Aus welchen Gründen auch immer ein Mitarbeiter am Arbeitsplatz fehlt, es kommt zu Defiziten im Arbeitsprozess. Deren Kompensation um so schwerer fällt, je qualifizierter der erkrankte Arbeitnehmer ist und je länger seine Erkrankung ihn zwingt, zu Hause zu bleiben. Dass seelische Not schwerer zu beheben ist, als ein Beinbruch, zählt inzwischen zu den banalen Erkenntnissen der Populär-Medizin.

Abfall von Produktivität? Da schrillen jedoch innerbetrieblich die Alarmglocken: Im Arbeitsschutz gehören wir zu den führenden Nationen, aber wie ist es um den Schutz der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz bestellt? Laut BKK-Gesundheitsreport 2011 gehen zwölf Prozent aller Krankheitstage auf psychische Erkrankungen zurück, mit steigender Tendenz. Zunehmend klagen Arbeitnehmer über Erschöpfung, Kopfschmerzen und Niedergeschlagenheit in deren Folge dann Arbeitsunfähigkeit, lang andauernde medizinische Behandlung und Rehabilitation notwendig werden.

Unsere Arbeitswelt hat sich verändert, die Steigerung der Produktivität der letzten Jahre ging mit erhöhten Anforderungen an die Arbeitnehmer einher. Mehr Flexibilität, Effizienz und Mobilität, sowie nahezu permanente Erreichbarkeit gelten als normal und verbinden sich oft mit dem persönlichen Anspruch auf Erfolg und Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht nur zur Herausforderung, sondern zu Überforderung.

Das Problembewusstsein scheint in unserer Gesellschaft vorhanden und gewachsen zu sein, aber wie sieht es mit vorhandenen Hilfsstrukturen aus? Welcher Beitrag kann durch die Zusammenarbeit von Arbeitgebern und Gewerkschaften zur Veränderung am Arbeitsplatz geleistet werden?

Welchen Platz kann der Betriebsrat in unserem Hilfe- und Versorgungsnetz einnehmen, damit beginnende Probleme rechtzeitig erkannt und Hilfe organisiert wird? Wie sehen die Möglichkeiten der Rehabilitation und der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess aus?

Man muss in der Menschheitsgeschichte lange zurückgehen, wenn man nach Phasen sucht, in denen im großen Umfang die Bürger in Frieden und Wohlstand – wenn auch ungleich verteilt – leben konnten. Erstmals waren es wohl die Römer zur Zeit von Augustus, die eine solche friedliche Blütephase erleben durften. Baukunst und Literatur brachten es zu bis heute noch bekannten und bewunderten Höchstleistungen.

Vergil prägte damals den Begriff vom „goldenen Zeitalter“. Dass nur die Römer davon profitierten, weniger die Sklaven und die militärisch besiegten Völker, sei ebenso wenig vergessen, wie das damalige Auftreten von seelischen Verwerfungen und Störungen vor allem in den Schichten, denen es wirtschaftlich besonders gut ging.

Menschliches Glück und Zufriedenheit kommen nicht von alleine und sie stellen sich nicht deswegen ein, weil es einem wirtschaftlich gut geht. Aber ein nicht unbeträchtlicher Teil seelischer Krankheiten entsteht im Menschen selbst, vollkommen unabhängig von seiner Umwelt und seiner Biografie. Wie aus dem Nichts komend stottert und streikt der „innere Seelenkreislauf“, dessen Gesetz und Regelwerk wir gar nicht kennen. Und weswegen wir so vielen psychischen Krankheiten gegenüber genauso hilflos dastehen wie seinerzeit die römischen Ärzte im „goldenen Zeitalter“.

Kontakt:

Dietmar Preding | Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V. | Mozartstraße 5 | 63452 Hanau | E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de <http://frankfurterforum-diskurse.de>

Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen

Wirtschaftliche Folgen psychosozialer Erkrankungen in Deutschland

PROF. DR. VOLKER ULRICH, LEHRSTUHL FÜR VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE III, INSB. FINANZWISSENSCHAFT,
UNIVERSITÄT BAYREUTH



Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Verschiebung der Altersstruktur kommen kosteneffektiven Ansätzen bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen eine wachsende Bedeutung zu. Die Krankheitskostenrechnung illustriert die hohen volkswirtschaftlichen Kosten dieser Erkrankungen, wobei die indirekten Kosten durch Produktionsausfälle in einigen Fällen höher sind als die direkten Krankheitskosten. Im Hinblick auf die medikamentöse Versorgung der Patienten gilt es zu beachten, dass die überwiegende Zahl der Präparate auf Prinzipien beruht, die bereits in den 1950er Jahren bekannt waren. Gerade bei der Behandlung depressiver Patienten sehen Pharmakologen seit Jahren nur geringe Fortschritte. Angesichts dieser Innovationskrise rücken Versorgungsziele in den Fokus, die man mit Hilfe integrierter Konzepte umzusetzen versucht. Durch eine bessere Verzahnung an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Versorgung soll die Behandlung qualitativ besser und kosteneffektiver werden. Managed-Care-Ansätze sind insoweit aus einer ökonomischen Perspektive von besonderem Interesse.

Zur Entwicklung psychosozialer Erkrankungen

Einleitende Aspekte

Als Lehrstuhlinhaber an der Ludwig-Maximilians-Universität und Leiter der Kreisirrenanstalt in München von 1872 bis 1886 setzte der Psychiater Bernhard von Gudden Maßstäbe, die bis heute gelten. Exemplarisch belegen dies Auszüge aus der Satzung aus dem Jahr 1884:

- „Die Krankenpflege ist ein schwerer und verantwortlicher Beruf. Wer sich ihm widmen will, muss ein Herz für die Leiden seiner Mitmenschen haben und alle Vorurteile ablegen, die noch gegen Geistesranke bestehen“.
- „Nicht große Muskelkräfte sind es, auf die es vorzugsweise bei der Pflege Geisteskranker ankommt. Eines einsichtsvollen, wohlwollenden und erfahrenen Pflegepersonals bedarf die Anstalt. Nur in seltensten Fällen wird es einem solchen nicht gelingen, aufgeregte Kranke durch geschickte Ablenkung zu beruhigen und Gewalttätigkeiten fernzuhalten.“ (http://www.klinikum.uni-muenchen.de/de/aktuelles/archiv/110525_Gudden.html).

Menschenwürde, Respekt, Selbstbestimmung und gegenseitige Achtung – noch nie wurde so intensiv über ethische Aspekte im Verhältnis von Patienten und Ärzten, moderner Medizin und staatlicher Bürokratie, Kosten und Nutzen sowie Ökonomie diskutiert, auch und gerade in der Psychiatrie. Die Menschen sind gegenüber ihrem Gesundheitswesen sensibler und kritischer geworden. Sie fordern mehr Gesprächskompetenz und mehr Mitspracherecht ein und bringen mehr Bereitschaft auf, für ihre Rechte einzutreten.

Die Patienten und ihre Bedürfnisse sollten im Mittelpunkt der Behandlung stehen. Häufig finden sie jedoch wenig Gehör und das ökonomisch Machbare im Sinne der Begrenzung des Ausgabenanstiegs steht im Mittelpunkt. Die beschriebenen Phänomene sind Teil eines noch andauernden gesellschaftlichen Diskussionsprozesses. Mehr Geld für die sprechende Medizin und spezielle Kurse in der ärztlichen Ausbildung sind unter anderem Beweis dafür. „Nil nocere; salus aegroti suprema lex“ (Kosłowski 1992, S.36): – das Heil des Kranken sei höchstes Gesetz, so heißt es in Kurzform im hippokratischen Eid. Wie steht es aber unter den heutigen Bedingungen der High-Tech-Medizin und der ökonomischen Zwänge um diese Zielsetzungen? Ist dies im Zeitalter des rasanten medizinischen Fortschritts und der demographischen Alterung der Bevölkerung noch zeitgemäß oder sollten die Begriffe Heilung und Gesundheit bzw. Wirtschaftlichkeit und Effektivität differenzierter definiert und beurteilt werden?

Wieviel finanzielle Mittel will und kann die Gesellschaft u.a. für die Psychiatrie bereitstellen und wie sollen sie verteilt werden? Was können wir tun, damit Medizin menschlich bleibt? Übertragen auf die Diskussionen der Gegenwart verkennt die Kritik an der Ökonomie, dass sie in vielen Fällen auch eine neue Sachlichkeit in die Diskussionen eingebracht hat. Sofern die Ökonomie dazu beiträgt, dass die knappen Mittel in die beste Verwendung fließen, stellt sie keinen Gegensatz zur medizinischen Sichtweise dar. Vielmehr hat sie in erster Linie eine beratende beziehungsweise unterstützende Funktion, indem sie mit ihren Analysen Wege zu mehr Effizienz aufzeigt und damit der Medizin auch Spielräume eröffnet.

Prävalenz und Inzidenz

Etwa 30 Prozent der deutschen Bevölkerung leiden innerhalb eines Jahres an einer diagnostizierbaren psychischen Störung (alle Daten <http://www.psychoziale-lage.de>), im europäischen Vergleich sind es 38,2 Prozent (European College of Neuropsychopharmacology in Oxford 2011). Die häufigsten Diagnosen betreffen Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Erkrankungen und Suchterkrankungen. Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitstagen und den vorzeitigen Berentungen nimmt seit 1980 kontinuierlich zu und beträgt inzwischen 15 bis 20 Prozent. Bei den Berentungen sind psychische Störungen inzwischen die häufigste Ursache.

Es gibt deutschlandweit in der Bevölkerung aber interessanterweise weniger eine Zunahme an Fällen von psychischen Erkrankungen (im Sinne einer epidemiologischen Veränderung) als vielmehr eine Zunahme in den Statistiken der Krankenkassen. Es gibt also weniger eine Steigerung bei der Zahl an Menschen mit psychischen Störungen, aber immer mehr Menschen suchen mit ihrer Erkrankung einen Arzt auf. Die Bereitschaft, sich einer psychischen Erkrankung zu stellen und sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, ist somit gewachsen.

Dies stellt durchaus eine positive Entwicklung dar, um zu verhindern, dass psychisch kranke Menschen ausgegrenzt werden. Die Einstellung in der Bevölkerung gegenüber psychisch kranken Menschen hat sich in den vergangenen Jahren nicht signifikant verbessert (vgl. Hillienhof 2013). Auch wenn bei den Hausärzten als Gatekeeper der Versorgung sicherlich eine Sensibilisierung gegenüber dem Thema psychische Erkrankungen stattgefunden hat, wird gegenwärtig nur ca. die Hälfte der psychischen Er-

krankungen richtig erkannt, knapp die Hälfte chronifiziert ohne Behandlung.

Mit Blick auf die medikamentöse Versorgung psychisch kranker Menschen fällt auf, dass seit 1950 kaum neue Behandlungsstrategien gefunden wurden und die heutigen Medikamente unterscheiden sich in ihren Ansatzpunkten nicht von denen vor 50 Jahren. Dies steht in einem großen Gegensatz zu anderen Therapiegebieten, wie z.B. den Herz-Kreislauferkrankungen, den Krebserkrankungen oder dem Diabetes. Warum ist das so und wie kann die Kosten-Effektivität erhöht werden, ohne den Therapeuten in seiner Entscheidungs- und Handlungsfreiheit einzuengen?

Damit der Therapeut seine Verantwortung für den psychisch kranken Menschen wahrnehmen kann, müssen die ökonomischen Rahmenbedingungen in der Psychiatrie an diese Entwicklungen angepasst werden. Zurzeit kennzeichnet eine zersplitterte Versorgungslandschaft die Lage in Deutschland: im Bereich der Psychiatrie gibt es sehr heterogene Berufsgruppen mit einem sehr unterschiedlichen Ausbildungs- und Kenntnisstand.

Durch veränderte integrierte Versorgungsangebote und auch durch Selektivverträge soll die Qualität der Versorgung verbessert und gleichzeitig sollen die Gesamtausgaben für die Behandlung chronisch psychisch Kranker zumindest stabilisiert werden. Unter ökonomischen Gesichtspunkten sollte weiterhin die teure Chronifizierung vermieden werden durch Unterstützung und Behandlung im Lebensumfeld, durch den Erhalt der Patientenautonomie und durch die Förderung der Selbstbestimmung und der Eigenständigkeit (Recovery-Konzept).

Ein kontinuierlicher Behandlungsverlauf sollte durch eine sektorübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener, auch nicht-ärztlicher Berufsgruppen gesichert werden. Zudem bedarf es eines gesellschaftlichen Dialogs über den Umgang mit Problemen und Störungen in diesem Gebiet sowie dem Ausbau der gezielten Versorgungsforschung, um kosteneffektive Lösungen erkennen und umsetzen zu können. Im Pharmabereich sollte ebenfalls ein Umdenken stattfinden, der Fokus könnte verstärkt auf Proof-of-Concept-Studien vor Beginn der teuren klinischen Phasen gelegt werden, um frühzeitig neue Targets erkennen und Innovationen vorantreiben zu können.

Wirtschaftliche Aspekte psychischer Erkrankungen

Medikamentenkonsum

Die Abbildung (Seite 9) zeigt für 18 ausgewählte EU-Länder den Verbrauch an Antidepressiva für die beiden Jahre 2000 und 2010. Die angegebenen Werte beziehen sich auf definierte Tagesdosen (DDD) je 1.000 Personen pro Tag. Im europäischen Durchschnitt liegt der Verbrauch im Jahr 2010 bei 52 DDDs je 1000 Personen. Im Jahr 2000 lag dieser Wert noch unter 30 DDDs. Deutschland liegt mit 47 DDDs etwas unterhalb des europäischen Durchschnitts. Für Deutschland zeigt sich im europäischen Vergleich aber eine hohe Wachstumsrate. Den niedrigsten Arzneimittelverbrauch findet man in Estland, Ungarn und in der Slowakei (16, 26 und 29 DDDs), an der Spitze liegen Norwegen und Island (56 und 101 DDDs).

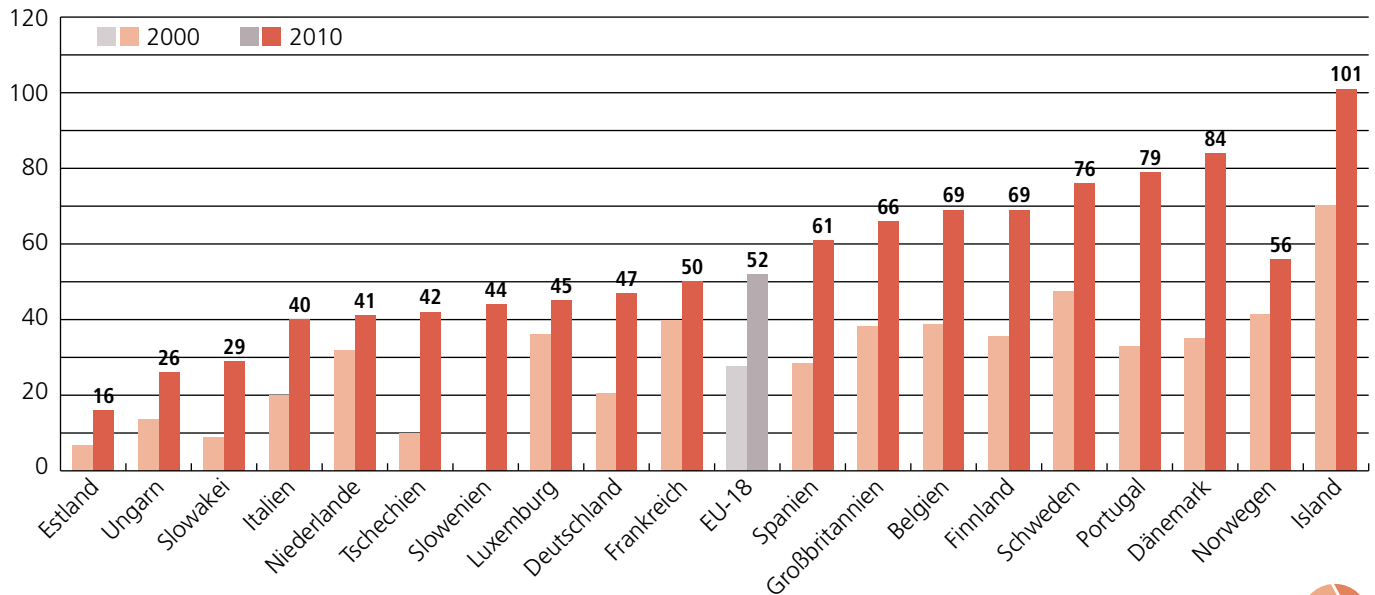
Die OECD führt den zunehmenden Verbrauch etwa in Großbritannien auch auf die Auswirkungen der Finanzkrise zurück (vgl. OECD 2013). Häufig werden Antidepressiva zudem bereits bei mildereren Formen von Erkrankungen, etwa Angstzuständen oder Sozialphobien verordnet und die Therapien fallen allgemein intensiver aus. Diese Ausdehnungen nähren einerseits Zweifel, ob die Verschreibungen unter medizinischen Aspekten angebracht sind. Andererseits gilt es zu betonen, dass steigende Verordnungszahlen auch als Hinweis für den Abbau diagnostischer und therapeutischer Defizite im Bereich depressiver Erkrankungen angesehen werden können.

In diesem Zusammenhang weist die Studie von Gusmao et al. auf einen direkten Zusammenhang zwischen steigenden Verschreibungsraten von Antidepressiva und sinkenden Suizidraten hin (Gusmao 2013). Demnach gehen die Suizidraten besonders in den europäischen Ländern deutlich zurück, in denen die Verschreibungshäufigkeit von Antidepressiva zunimmt.

Die zeitliche Entwicklung der Antidepressiva (in DDDs) im deutschen GKV-Fertigarzneimittelmarkt zeigt die Abbildung (Seite 9, unten). Hier bilden Antidepressiva inzwischen die verordnungstärkste Arzneimittelgruppe, auf die 7,5 Prozent aller Verordnungen im Jahr 2010 entfallen. Der Umsatz an definierten Tagesdosen der Antidepressiva beläuft sich für das Jahr 2011 auf 1,26 Milliarden Euro (plus fünf Prozent gegenüber dem Vorjahr). Zum Vergleich beläuft sich der Umsatz mit definierten Tagesdosen im Gesamtmarkt auf 36,2 Milliarden Euro im Jahr 2011.

Verbrauch an Antidepressiva in europäischen Ländern in den Jahren 2000 und 2010

Definierte Tagesdosen pro 1000 Personen pro Tag



Quelle: OECD Health Data 2012

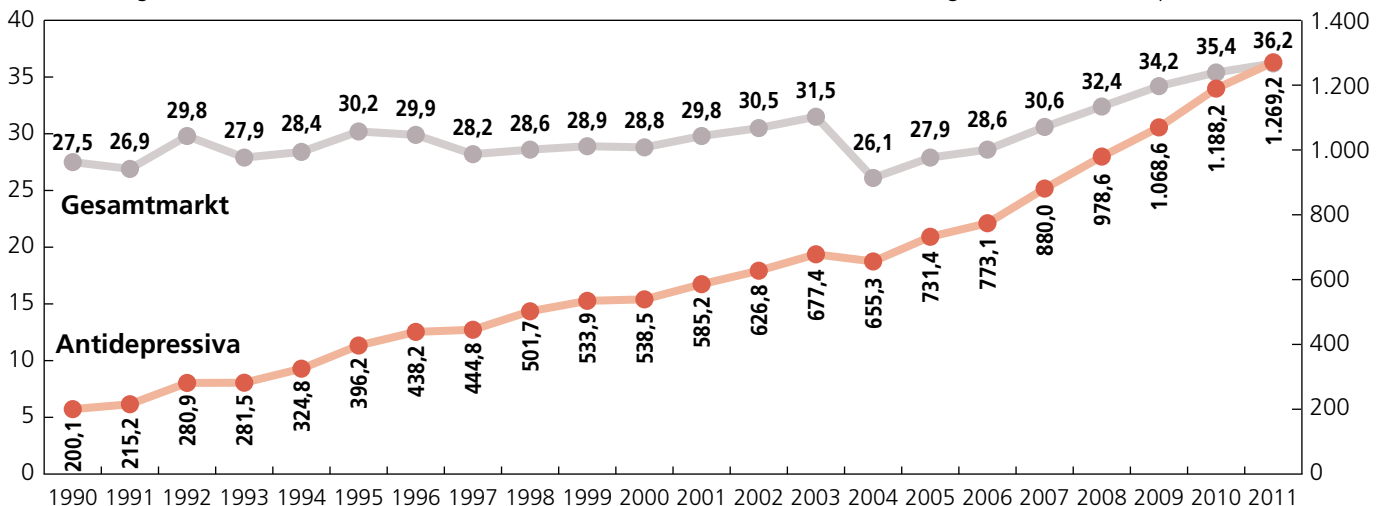


Der Verbrauch an Antidepressiva lag im europäischen Durchschnitt im Jahr 2010 bis 52 definierten Tagesdosen je 1000 Personen.

Antidepressiva im GKV-Fertigarzneimittelmarkt

Definierte Tagesdosen im Gesamtmarkt in Mrd. Euro

Definierte Tagesdosen der Antidepressiva in Mio. Euro



Quelle: Wlfo 2013



Antidepressiva bilden im GKV-Fertigarzneimittelmarkt inzwischen die verordnungstärkste Gruppe, auf die im Jahr 2010 7,5 Prozent der Verordnungen entfallen sind.

Stationärer Bereich: Psychiatrie-Entgeltgesetz

Mit dem Psychiatrie-Entgeltgesetz wurde analog zu den somatischen Krankenhäusern auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt. Anders als im G-DRG-System geht es im sogenannten Psych-Entgeltsystem aber nicht um Fälle, sondern um nach Leistungen differenzierte Tagespauschalen. Dahinter stehen Schwierigkeiten, die individuellen Unterschiede im psychiatrischen Behandlungsbedarf und bei der Behandlungsdauer sachgerecht über Fälle abbilden zu können. Die Entgeltentwicklung erfolgt schrittweise bis zum Jahr 2021, damit finanzielle Risiken für die Kliniken und die Krankenkassen gemindert und Fehlentwicklungen des Systems verhindert werden können.

Verbindlich gilt das neue Entgeltsystem für alle entsprechenden Einrichtungen ab dem Jahr 2015. Für die Jahre 2013 und 2014 (so genannte Optionsjahre) erfolgt die Einführung auf Verlangen des Krankenhauses. Mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser mit psychiatrischen Betten sind nach dem Psychiatrie-Barometer des Deutschen Krankenhaus-Instituts jedoch noch ohne Planungen für solche Modellvorhaben nach Paragraph 64b SGB V in den Optionsjahren (vgl. Deutsches Krankenhaus Institut 2013). Vor allem Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen Betten zeigen sich reserviert. Mehr als drei Viertel von ihnen plant derzeit keine Modellvorhaben, da sie Fehlentwicklungen oder finanzielle Engpässe befürchten.

Ein zentraler Kritikpunkt am neuen Entgeltsystem lautet, dass Leistungskriterien bislang nur für den kleinen Anteil intensiv behandelter Patienten festgelegt wurden. Für alle anderen Patientengruppen widersprechen die neuen Kriterien teilweise sogar den bisherigen ICD-10 Gruppierungen. Weiterhin werden die neuen Tagespauschalen zudem nach Verweildauer degressiv abgestuft. Es bleibt daher eine offene Frage, ob die großen individuellen Unterschiede bei den Behandlungsbedarfen auf diese Art und Weise adäquat abgebildet werden können. Die Fokussierung des Psych-Entgeltsystems auf den stationären Bereich verzögert bzw. verhindert zudem eine erforderliche stärker integrative Sichtweise.

Schon bisher werden viele Patienten in psychiatrischen Kliniken relativ kurz behandelt, da teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote substitutiv genutzt werden. Die Dauer der stationären Klinikbehandlung weist daher eine erhebliche Streuung auf. Insbesondere sollten die verschiedenen Leistungen (ambulant bis stationär) patien-

tenbezogen statt maßnahmenorientiert zusammengeführt werden (vgl. Kunze et al. 2013, S.347).

Mit hoher Priorität sollten daher Voraussetzungen geschaffen werden, sektorenübergreifende Behandlungsangebote für Versicherte mit psychischen Erkrankungen anbieten zu können. Die Krankenhausbehandlung sollte stärker verzahnt werden mit ambulanten und tagesklinischen Angeboten, die zudem mit dem Lebensumfeld des Patienten und seiner Familie abgestimmt werden.

Krankheitskostenrechnung

Die Krankheitskostenrechnung betrachtet das Gesundheitswesen aus ökonomischer Perspektive. Sie liefert differenzierte Angaben darüber, wie stark die deutsche Volkswirtschaft durch Krankheiten und deren Folgen belastet wird. Gleichzeitig stellt sie eine wichtige Ergänzung und konsequente Erweiterung der Gesundheitsausgabenrechnung dar: Durch die Gliederung der Krankheitskosten nach Krankheiten, Geschlecht, Alter und den Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt sie einen Überblick über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Bevölkerung aus epidemiologischer, demographischer und sektoraler Sicht (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

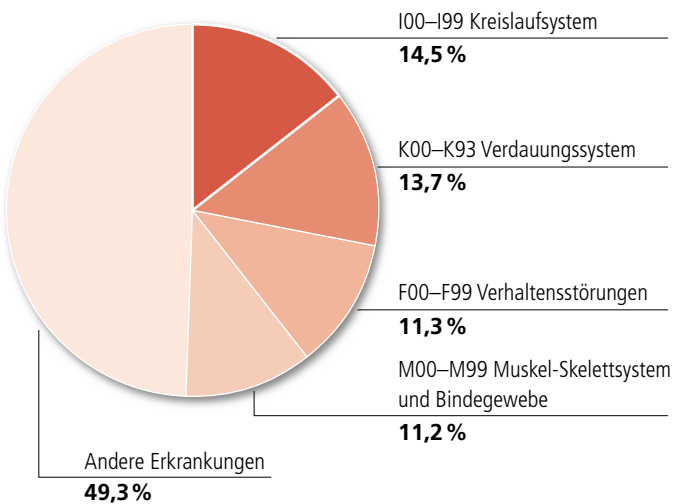
Die Ergebnisse der Krankheitskostenrechnung können in Verbindung mit weiteren epidemiologischen Daten zur Überprüfung der gegenwärtigen Regulierung und der künftigen Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen verwendet werden (vgl. Robert Koch-Institut 2009). Sie liefern Hinweise auf mögliche Einsparpotenziale für die Entwicklung, dienen als Entscheidungshilfe bei der Vergabe von Mitteln, unterstützen die Evaluation von Gesundheitszielen und können als Ausgangsbasis für die Vorausberechnung künftiger Kostenentwicklungen – insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – genutzt werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

Grundlage für die Abgrenzung der Krankheiten bzw. Diagnosen in der Krankheitskostenrechnung ist die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Zusätzlich zu den Krankheitskosten werden die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod für die Volkswirtschaft resultierenden potenziellen Ressourcenverluste in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren und verlorenen Lebensjahren dargestellt.

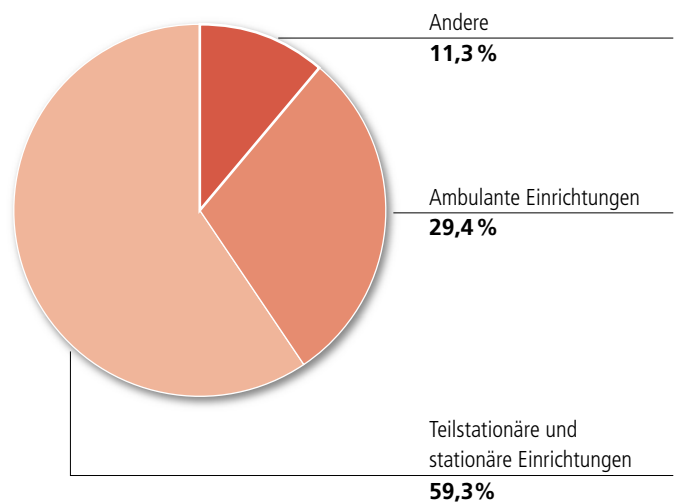
Die Abbildung (Seite 11) enthält wichtige Kennzahlen der Berechnung der direkten Krankheitskosten psychischer

Psychische Erkrankungen: Krankheitskostenrechnung

Verteilung Krankheitskosten 2009: 254,3 Mrd. €



Verteilung der Kosten psychischer Erkrankungen auf Einrichtungen



Quelle: Statistisches Bundesamt 2010



Auf psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sind im Jahr 2009 11,3 Prozent aller Krankheitsausgaben entfallen. Fast 60 Prozent der Kosten entstehen dabei in stationären und teilstationären Einrichtungen.

Erkrankungen für das Jahr 2009 (vgl. Statistisches Bundesamt 2010). In der linken Hälfte der Abbildung sieht man die Verteilung der gesamten Krankheitskosten in Höhe von insgesamt 254,3 Milliarden Euro auf zentrale Erkrankungen. Die größten Anteile fallen auf die Krankheiten des Kreislaufsystems (14,5 Prozent). Der Anteil der Ausgaben für Krankheiten des Verdauungssystems beläuft sich auf 13,7 Prozent, auf psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen entfallen 11,3 Prozent aller Krankheitsausgaben und 11,2 Prozent auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Die hinter den Anteilen stehenden absoluten Ausgaben belaufen sich für die psychischen Erkrankungen auf 26,6 Milliarden Euro.

Die rechte Hälfte der Abbildung zeigt die Verteilung der direkten Kosten psychischer Erkrankungen auf Einrichtungen. Auch wenn künftig diese eher sektorale Sichtweise überwunden werden soll, bleibt festzuhalten, dass rund 17 Milliarden Euro (59,3 Prozent) der Krankheitskosten psychischer Erkrankungen auf den stationären und teilstationären Bereich entfallen. Der ambulante Bereich macht 29,4 Prozent aus, andere Einrichtungen belaufen sich auf 11,3 Prozent.

Direkte Kosten, verlorene Erwerbsjahre und Produktionsausfall

Neben den direkten, monetär bewerteten Krankheitskosten fallen aus volkswirtschaftlicher Sicht infolge von Krankheit weitere potenzielle Verluste an, die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigen Tod der erwerbstätigen Bevölkerung resultieren. Sie werden in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren unter Berücksichtigung der jeweils im Jahr aktuellen Erwerbstätigkeitsquoten berechnet und stellen eine kalkulatorische Kennzahl dar.

Die hohen volkswirtschaftlichen Kosten, die mit dem Anstieg psychischer Erkrankungen einhergehen sind auch im Zusammenhang mit der prognostizierten Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials von Bedeutung. Aufgrund der demografischen Entwicklung geht langfristig die Zahl der erwerbsfähigen Menschen zurück und zugleich altert die Bevölkerung spürbar. Den Betrieben werden damit immer weniger und im Durchschnitt deutlich ältere Arbeitskräfte als heute zur Verfügung stehen. In diesen Altersklassen nimmt aber die auch die Leistungsanspruchnahme psychischer Erkrankungen weiter zu, so dass auch Arbeitsmarkteffekte zunehmend in den Blickpunkt der

Gesundheitsberichterstattung rücken. Wirtschafts- und gesundheitspolitische Maßnahmen sollten deshalb vor allem auf eine positive Gestaltung des Übergangsprozesses gerichtet sein.

Das Erwerbspersonenpotenzial ist die Summe aus Erwerbstätigen, Erwerbslosen sowie Stiller Reserve und bildet die Obergrenze des Angebots an Arbeitskräften. Wegen der demografischen Entwicklung wird das Erwerbspersonenpotenzial in Zukunft schrumpfen. Selbst die Szenarien mit optimistischen Annahmen zur Entwicklung von Bevölkerung und Erwerbsbeteiligung zeigen, dass der Trend nicht aufzuhalten ist. Spätestens nach dem Jahr 2015 kann sogar eine hohe Nettozuwanderung (mehr als 200.000 Personen pro Jahr) den demografisch bedingten Rückgang nicht mehr kompensieren (vgl. IAB 2011, S.2).

Auch unter verschiedenen Szenarien hinsichtlich Geburtenrate, Sterberate und Zuwanderungssaldo dürfte damit das Erwerbspersonenpotenzial ab dem Jahr 2030 unter der Zahl der heute tatsächlich Erwerbstätigen liegen. Wenn sich in den kommenden Jahren die geburtenstarken Jahrgänge nach und nach dem Rentenalter nähern, verschiebt sich zudem die Altersstruktur deutlich nach oben. Möglicherweise kann man durch längere Jahresarbeitszeiten den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials ausgleichen. Es bedarf eines ganzen Bündels von Maßnahmen, um den massiven Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials zu dämpfen. Dazu rechnen insbesondere auch bildungs- und gesundheitspolitische Maßnahmen.

Gesundheitsökonomische Evaluationsstudien können aus unterschiedlichen Perspektiven durchgeführt werden (vgl. Schöffski/von der Schulenburg 2011). Die Perspektive einer gesundheitsökonomischen Evaluation bestimmt den gesamten Prozess der Kostenbestimmung, d. h. nicht nur die Identifikation der relevanten Ressourcen, sondern auch deren Quantifizierung und Bewertung.

Die Perspektive einer gesundheitsökonomischen Evaluation wird in Abhängigkeit von der Forschungsfrage festgelegt (vgl. Tabelle Seite 13, oben). Die umfassendste Perspektive ist die gesellschaftliche oder volkswirtschaftliche Perspektive. Sämtliche Kosten werden eingeschlossen, unabhängig davon, von wem sie getragen werden. Die Perspektive der Sozialversicherungen betrachtet nur die Kosten, die direkt aus Sicht der Sozialversicherungen anfallen, also nicht die Kosten, die von Versicherten selbst getragen werden müssen bzw. auch keine indirekten Kosten durch Produktivitätsausfälle.

Gemäß Paragraf 35b SGB V sollte eine gesundheitsökonomische Evaluation regelhaft aus der Perspektive der GKV-Versichertengemeinschaft durchgeführt werden. Die Perspektive der GKV-Versichertengemeinschaft unterscheidet sich von der reinen GKV-Perspektive dadurch, dass neben den von der GKV abgedeckten krankheitsbezogenen Ausgaben auch alle Kosten einbezogen werden, die durch die Versicherten selbst aufzubringen sind.

Die Berücksichtigung einer über die Perspektive der GKV-Versichertengemeinschaft erweiterten Perspektive unter Einbeziehung weiterer Sozialversicherungsträger (z. B. Pflegeversicherung, gesetzliche Rentenversicherung) sowie der gesellschaftlichen Perspektive unter Einbindung der Produktivitätsverluste auf der Kostenseite (in Form von indirekten Kosten) ist aus volkswirtschaftlicher Sicht in vielen Fällen sinnvoll und geboten. Falls ein neues Präparat gegen Demenz insbesondere einen Nutzen in der Pflege- oder Rentenversicherung besitzt und hier zu spürbaren Einsparungen führt, müsste dieser Effekt grundsätzlich auch bei der Evaluation berücksichtigt werden.

Die Tabelle (Seite 13, unten) zeigt die volkswirtschaftliche Bedeutung psychischer Störungen durch Gegenüberstellung der direkten und der indirekten Kosten. Im Jahr 2008 verursachten psychische Störungen insgesamt direkte Kosten in Höhe von 28,7 Milliarden Euro. Die indirekten Kosten beliefen sich auf eine vergleichbare Größenordnung (26,1 Milliarden Euro). Dieser Verlust an Wertschöpfung durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod lässt sich umrechnen in 763.000 verlorene Erwerbsjahre.

Bildlich gesprochen verursachten psychische Störungen einen Produktionsausfall im Jahr 2008, dessen monetäre Bedeutung mit den finanziellen Verlusten von 763.000 arbeitslosen Personen vergleichbar ist. Die Tabelle zeigt weiterhin, wie sich die Gesamtkosten auf bestimmte Störungen bzw. Krankheitsbilder aufteilen. Die affektiven Störungen verursachen mit knapp sechs Milliarden Euro etwa so hohe Kosten wie die Belastungsstörungen und die Störungen durch psychotrope Substanzen (insbesondere Suchterkrankungen) zusammen. Bei den indirekten Kosten liegen die affektiven Störungen und die Belastungsstörungen näher beieinander.

Eine weitere Tabelle (Seite 14) enthält die arbeitsbedingten und arbeitsassoziierten Krankheitskosten infolge psychischer Belastungen, die zusätzlich zu den Kosten psychischer Störungen auftreten. Grundlage für diese Berechnung ist die Bestimmung eines Belastungsfaktors am

Direkte und indirekte Kosten und die Perspektive der Evaluation

Perspektive/ Kostenkategorie	Direkte erstattungsfähige medizinische Kosten	Direkte nicht erstattungsfähige medizinische Kosten	Direkte nicht medizinische Kosten	Kosten bei anderen Sozial- versicherungen	Transfer- leistungen	Indirekte Kosten
Gesellschaft	X	X	X	X	–	X
Sozialversicherung	X	–	–	X	X	–
GKV-Versicherten- gemeinschaft	X	X	X	–	–	–
GKV	X	–	–	–	X	–



Quelle: IQWiG (2009)

Je nach Perspektive einer gesundheitsökonomischen Evaluation werden unterschiedlich viele Kostenblöcke berücksichtigt. Die volkswirtschaftliche Perspektive ist dabei am umfassendsten. Andere Studien sind zum Beispiel auf die Kosten der Sozialversicherungen beschränkt.

Direkte und indirekte Kosten durch psychische Störungen (2008)

Psychische Störung	Direkte Kosten (in Mio. €)	Verlorene Erwerbsjahre (in 1000 Jahren)	Produktionsausfall (in Mio. €)
Psychische Störungen (gesamt)	28.654	763	26.095
Affektive Störungen (u.a. Depression)	5.678	225	7.695
Neurotische, Belastungsstörungen (u.a. Phobien)	3.164	172	5.882
Psych. Störungen durch psychotrope Substanzen	2.948	133	4.549



Quelle: Friedrichs und Bödeker 2012, S. 2

Die durch psychische Störungen verursachten direkten Kosten waren im Jahr 2008 mit 28,6 Milliarden Euro ähnlich hoch wie die indirekten Kosten, die in Folge des Produktionsausfalls entstehen. Letztere betragen rund 26,1 Milliarden Euro.

Arbeitsplatz. Nimmt man alle psychischen Störungen zusammen, übertreffen die indirekten Kosten (19,23 Milliarden Euro) die direkten Kosten (zehn Milliarden Euro) fast um das Doppelte. Diese Grundaussage gilt auch mit Blick auf die einzelnen aufgelisteten Störungen.

Die volkswirtschaftlichen Kosten fallen höher aus als die unmittelbaren Krankheitskosten. Summiert man die direkten und die indirekten Kosten durch psychische Störungen

und Belastungen, resultieren insgesamt rund 90 Milliarden Euro direkte und indirekte Kosten psychischer Erkrankungen. Bei einer Wertschöpfung in Deutschland von etwa zwei Billionen Euro entspricht dies einem Anteil von fünf Prozent.

Kritisch sollte an dieser Stelle auch der den Berechnungen zugrunde liegende Humankapitalansatz gesehen werden. Nach dem Humankapitalansatz (HKA) ist der Wert

Direkte und indirekte Kosten infolge psychischer Belastungen (2008)

Arbeitsbedingte Krankheitskosten	Direkte Kosten (in Mio. €)	Indirekte Kosten (in Mio. €)
Alle Erkrankungen	9.980	19.261
Psychische Störungen (gesamt)	1.970	4.443
Affektive Störungen (u.a. Depression)	513	1.082
Neurotische, Belastungsstörungen (u.a. Phobien)	351	982
Psych. Störungen durch psychotrope Substanzen	640	1.300



Quelle: Friedrichs und Bödeker 2012, S. 3

Berücksichtigt man alle psychischen Störungen, dann liegen die indirekten Kosten mit 19,23 Milliarden Euro um rund das Doppelte höher als die direkten Kosten (zehn Milliarden Euro).

Übersicht über Basis- und Erstattungspreise Antidepressiva auf Grundlage des Effizienzgrenzen-Konzepts des IQWiG (Endpunkte: Remission, Ansprechen)

Prüfsubstanz	Basispreis (€)	Erstattungspreis Remission (€)	Erstattungspreis Ansprechen (€)
Bupropion	104,88	2,93	1,48
Duloxetin	241,18	30,66	9,30
Mirtazapin	46,46	31,66	24,28
Venlafaxin	92,57	342,99	40,91



Quelle: IQWiG 2013, S. Ixii

Mit Hilfe der Instrumente soll ein Preis oder Preiskorridor ermittelt werden, innerhalb dessen ein Medikament als effizient gelten kann. Am Beispiel des Wirkstoffs Bupropion wird die errechnete Kosten-Nutzen-Differenz besonders deutlich: 104,88 zu 2,93 Euro.

des Lebens gleich dem Gegenwartswert der künftigen Beiträge zum Sozialprodukt (bzw. dem künftigen Arbeitseinkommen). Der Wert des Lebens basiert somit auf dem Verlust an Humankapital, der mit dem Tod verbunden ist. Falls eine Person Opfer eines Arbeitsunfalls wird, werden so die Schadensersatzansprüche der Angehörigen bestimmt.

Natürlich sind solche Berechnungen ethisch zweifelhaft, da letztlich nicht zwischen Mensch und Maschine unterschieden wird. Konsequenterweise wird Hausfrauen, Rentnern und Jugendlichen der Wert Null zugewiesen, da sie keinen Wertschöpfungsbeitrag leisten. Zudem bleiben

konsumptive Aspekte des Lebens (Freude, Glück) unberücksichtigt.

Alle diese Einwände sprechen letztlich gegen den Humankapitalansatz. Dafür spricht letztlich nur die einfache Anwendbarkeit, dennoch ist er aber dem Ansatz der Zahlungsbereitschaft (Willingness-To-Pay) unterlegen, der sehr viel stärker in den Präferenzen der Menschen verwurzelt ist. Anwendbar ist der HKA letztlich nur bei der Berechnung der volkswirtschaftlichen Kosten, Fragen nach dem Wert des Lebens kann und soll er auch nicht beantworten.

Innovationskrise bei Psychopharmaka?

Kosten-Nutzen-Analyse bei Antidepressiva

Moderne Psychopharmaka zählen zu den wichtigsten Therapiemethoden der Psychiatrie. Trotz der hohen praktischen Bedeutung wird diese Arzneimittelgruppe häufig ambivalent bewertet. Neben der öffentlichen Kritik postulieren auch fachinterne Experten eine Innovationskrise der Psychopharmakologie, da die überwiegende Mehrzahl der gebräuchlichen Präparate auf Prinzipien beruht, die bereits in den 1950er Jahren zur Zeit ihrer Markteinführung bekannt waren (Weber 1999).

Beispielsweise können aktuelle Metaanalysen zur Wirksamkeit neuer Antidepressiva nur eine geringe Überlegenheit der Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und der Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) gegenüber den herkömmlichen trizyklischen Antidepressiva zeigen. Der erzielte Mehrwert besteht in vielen Fällen lediglich darin, weitere Therapieoptionen mit einem anderen Nebenwirkungsspektrum zu nutzen (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2005). Hinsichtlich des eigentlichen antidepressiven Effekts ist man wenig bis kaum vorangekommen.

Obwohl die Arzneibehandlung psychischer Störungen auf eine bis in die Antike reichende Tradition zurückblicken kann, begann die systematische Psychopharmakotherapie nach dem Jahr 1800 mit der Opium-Kur depressiver Syndrome. Das erste moderne Psychopharmakon, d.h. ein zur Behandlung psychischer Störungen synthetisch hergestelltes Arzneimittel, bildete das 1869 von Oscar Liebreich beschriebene Chloralhydrat (vgl. Weber 1999). Dessen Einführung wies zahlreiche Charakteristika auf, die psychopharmakologische Entwicklungsprozesse langfristig bestimmten, wie etwa die Bedeutung der organischen Chemie und typische Abfolgen in der therapeutischen Bildung von Konzepten. Die klinische Psychiatrie war hingegen nicht vorrangig Ausgangspunkt pharmakologischer Innovationen, da für die klassische Psychopathologie eine erfolgreiche arzneiliche Beeinflussung komplexer psychischer Syndrome nicht vorstellbar erschien.

Dies galt auch noch bei der Entwicklung der modernen Neuroleptika und Antidepressiva, die nicht unmittelbar aus einer spezifischen Forschung resultierten. Die neurobiologische Theoriebildung ist daher eher als Folge und nicht als Voraussetzung der neueren Substanzen zu betrachten (vgl. Weber 1999).

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat eine erste Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB) für Antidepressiva abgeschlossen, welche die Kosteneffektivität der untersuchten Antidepressiva kritisch hinterfragt (vgl. IQWiG 2013). Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat das Institut die Kosten-Nutzen-Relation der Antidepressiva Venlafaxin, Duloxetin, Bupropion und Mirtazapin im Vergleich zu weiteren derzeit verfügbaren Wirkstoffen und zu Placebo ermittelt.

Das Verhältnis zwischen ihrem Nutzen für die Patienten und dem Betrag, den die Kassen dafür erstatten, weist bei den Wirkstoffen deutliche Unterschiede auf. Bei allen vier Medikamenten liegt der aktuelle Erstattungsbetrag der Krankenkassen über den aus den jeweiligen Effizienzgrenzen abgeleiteten angemessenen Preisen. Mit der Methode lässt sich ein Preis oder Preiskorridor ermitteln, innerhalb dessen das Medikament als effizient gelten kann. Die Selbstverwaltung bekommt damit Informationen über den angemessenen Betrag, zu dem die Krankenkassen ein Medikament erstatten können. Auf Basis der Effizienzgrenzen werden Erstattungspreise berechnet.

Beispielsweise zeigt die Tabelle (Seite 14, unten) für den Endpunkt Remission, dass für eine große Packung (N3) von Venlafaxin, einem gängigen Mittel, das mehrere Hersteller produzieren, ein Preis von 42,99 Euro angemessen wäre, die Krankenkassen aber 92,57 Euro an den Pharmahersteller erstatten. Bei Mirtazapin wurden 31,66 Euro als kosteneffektiv berechnet, der Erstattungsbetrag liegt bei 46,46 Euro. Noch deutlicher wird die errechnete Kosten-Nutzen-Differenz bei patentgeschützten Wirkstoffen: Bei Bupropion von GlaxoSmithKline (GSK) liegt der aktuelle Basispreis bei 104,88 Euro, die Berechnungen des IQWiG ergeben 2,93 Euro. Bei Duloxetin von Lilly wären 30,66 Euro im Rahmen der Methode der Effizienzgrenze gerechtfertigt, aktuell schlägt das Medikament mit 241,18 Euro zu Buche.

Allerdings können aufgrund fehlender Daten nicht immer für alle Wirkstoffe und alle patientenrelevanten Endpunkte eine vollständige Bewertung durchgeführt werden. Vor dem Hintergrund, dass genau jene Komparatoren fehlen, die in anderen Endpunkten die Effizienzgrenze bilden, sind die Zusatznutzenbereinigten Erstattungspreise nur schwer interpretierbar. An der Methode der Effizienzgrenze wird zudem harsche Kritik geübt. Viele GesundheitsökonomInnen halten es für verfehlt, den Innovationsgrad von Basis-Innovationen zur Beurteilung heutiger neuer

Arzneimittel-Innovationen heranzuziehen. Aus den Kosten-Effektivitäten der bisherigen Behandlungsalternativen in einem Indikationsgebiet kann nicht abgeleitet werden, wo der Preis einer Innovation im Verhältnis zur maximalen Zahlungsbereitschaft der gesetzlichen Krankenversicherung für einen weiteren Nutzenzuwachs liegt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie 2013). Problematisch erscheint der Schluss von der bestehenden Preisstruktur auf die Effizienz einer Innovation etwa auch dann, wenn aktuell nur generische Arzneimittelalternativen zur Verfügung stehen und lange keine Innovation mehr stattgefunden hat.

Unmittelbar entscheidungsrelevant sind die Ergebnisse dieser Kosten-Nutzen-Bewertung im GKV-Markt aber nicht, denn seit Erteilung des Auftrags hat sich die Rechtslage geändert. Ursprünglich sollten die Ergebnisse Grundlage für die Entscheidung sein, einen Erstattungshöchstbetrag für Arzneimittel festzulegen. Seit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) ist eine Kosten-Nutzen-Analyse vornehmlich für den Fall vorgesehen, dass nach der frühen Nutzenbewertung Preisverhandlungen scheitern und auch der Schiedsspruch beklagt wird. Dann können Hersteller oder der GKV-Spitzenverband eine Kosten-Nutzen-Analyse beantragen, die damit ans Ende des Verfahrens gerückt ist.

Versorgungsaspekte

Managed Care in der Psychiatrie

Bei der Frage nach den künftigen Weichenstellungen im Bereich psychischer Erkrankungen rücken verstärkt Versorgungsziele in den Fokus, die man mit Hilfe integrierter Konzepte umzusetzen versucht. Durch eine bessere Verzahnung im Sinne eines Managements an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Versorgung sollen psychisch kranke Menschen eine qualitativ bessere und kosteneffektive Versorgung erhalten. Damit rücken auch in diesem Bereich Managed Care-Ansätze bzw. der Vertragswettbewerb in den Mittelpunkt des ökonomischen Interesses.

Die ambulante Versorgung (Schwerpunkt: Home treatment) sollte künftig in einer stärker vernetzten bzw. integrierten Welt den stationären Aufenthalt in vielen Fällen ersetzen bzw. besser mit ihm abgestimmt oder verzahnt werden. Das Hauptziel unter Versorgungsaspekten besteht darin, eine Chronifizierung durch eine Unterstüt-

zung und die Behandlung im Lebensumfeld zu verhindern. Auch der Erhalt der Patientenautonomie, die Förderung der Selbstbestimmung und die Eigenständigkeit (Recovery-Konzept) des Patienten rechnen zu den wichtigen Versorgungszielen. Mit Blick auf die ökonomischen Aspekte der anzustrebenden Versorgungskette geht es in erster Linie um die Sicherung eines kontinuierlichen Behandlungsverlaufs durch eine sektorübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener (auch nicht-ärztlicher) Berufsgruppen, die schlussendlich auch mit einer Entlastung der Angehörigen einhergeht.

Das bundesweit größte Netz mit insgesamt rund 6500 Teilnehmern ist das Netzwerk Psychische Gesundheit (NWpG) der Techniker Krankenkasse (TK), das seit dem Jahr 2009 in 13 Regionen aufgebaut wurde (vgl. Ruprecht 2011, Misslbeck 2013). Nach eigenen Angaben der TK hat es die Krankenhausausgaben für diese Patienten halbiert. Jeder Patient hat einen persönlichen Ansprechpartner, seinen Bezugsbegleiter. Tritt eine akute Krise auf, reichen die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten von der Telefonberatung über den Hausbesuch bis zum Aufenthalt in einer Krisenpension. Interessant ist das Capitation-Vergütungsmodell dieses integrierten Projekts. Die Kasse hat die prospektiven Klinikkosten der Netzwerk-Patienten vorausgerechnet und stellt diese Summe ihren Vertragspartnern als Budget zur Verfügung. Die Betreuung der Patienten erfolgt mit Hilfe regionaler Teams, Ärzte werden im Bedarfsfall hinzugezogen.

Ob sich die ambulante Netzwerkversorgung für die Krankenkassen letztlich auszahlt, muss noch evaluiert werden. Erfahrungen mit anderen Integrationsprojekten zeigen, dass zu enge Refinanzierungs- und Vergütungsregeln bzw. ein zu kurzer Zeithorizont ein schwerwiegendes Hindernis darstellen. Zugleich existieren noch zu viele lokale Versorgungsinseln, flächendeckende, populationsorientierte Verträge sind nach wie vor in der Minderheit.

Ausblick: Ökonomische Aspekte psychosozialer Erkrankungen

Sicherlich besteht nach wie vor das Erfordernis eines intensiveren gesellschaftlichen Dialogs über den Umgang mit Problemen und Störungen auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen. Auch präventive Konzepte sollten stärker Berücksichtigung finden, beispielsweise Programme, die grundlegende Kompetenzen zur Lebensführung vermitteln. Dazu rechnet auch eine stärker psychosomatisch ausge-

richtete Medizin, welche die gegenwärtig eher technisch orientierte Medizin unterstützt und ergänzt.

Im Mai 2013 stellte die American Psychiatric Association (APA) bei ihrem Jahrestreffen in San Francisco die fünfte Ausgabe ihres Diagnosekatalogs („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“) vor: Das DSM-5 listet die überarbeiteten Kriterien für die Diagnose und Klassifikation psychischer Störungen neu auf, bleibt aber überwiegend bei rein symptomatischen Beschreibungen der psychischen Leiden (vgl. Weber 2013). Künftig geht es auch verstärkt um kausale Analysen, d.h. die seelischen Krankheiten sollen in Beziehung gesetzt werden zu ihren biologischen, genetischen und neuronalen Ursachen. Das könnte auch der forschenden pharmazeutischen Industrie einen Weg aus der Innovationskrise aufzeigen.

Unter volkswirtschaftlichen Aspekten gehen psychosoziale Erkrankungen nicht nur mit hohen direkten, sondern auch mit hohen indirekten Kosten einher, d.h. Verlusten an Wertschöpfung durch eine verringerte Produktivität, durch Arbeitsunfähigkeit und durch den vorzeitigen Tod des Patienten. Die indirekten Kosten erreichen nahezu das Niveau der direkten Kosten, in einigen Bereichen fallen sie sogar höher aus. Mit Blick auf die Verteilung der Kosten psychischer Erkrankungen auf Einrichtungen entfallen nahezu 60 Prozent auf den stationären und teilstationären Bereich.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Verschiebung der Altersstruktur kommen kosteneffektiven Ansätzen im Bereich psychischer Erkrankungen eine besondere Bedeutung zu. Durch Fortschritte in der Grundlagenforschung (z.B. durch Genom-Forschung) dürften sich auch im Pharmabereich neue Targets ergeben, welche den bestehenden Stillstand überwinden helfen können. Der Fokus könnte hier verstärkt auf Proof-of-Concept-Studien liegen, die bereits vor Beginn der klinischen Phasen über die Erfolgsaussichten pharmazeutischer Innovationen informieren.

Literatur beim Verfasser

E-Mail-Kontakt:
Volker.Ulrich@uni-bayreuth.de

.....
PROF. DR. RER. POL. VOLKER ULRICH
.....



Professor Dr. Volker Ulrich hat an der Universität Mannheim in Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft promoviert und habilitiert. 1997-2002 Lehrstuhlinhaber an der Universität Greifswald, seit 2002 Lehrstuhlinhaber an der Universität Bayreuth. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) im Turnus 2010-2011.



Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen Qualität der Versorgungsabläufe auf dem Prüfstand

PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER, VORSTANDSVORSITZENDER DER DAK-GESUNDHEIT



Bei der Beschäftigung mit der Versorgungssituation psychisch Kranker in Deutschland stößt man fachlich und thematisch auf komplexe Sachverhalte. Allein die Fülle der unterschiedlichen fachspezifischen Begriffe im Zusammenhang mit dem Thema fällt ins Auge und verdeutlicht, wie viele Professionen, Methoden, Richtlinien und Verfahren Teil des Versorgungsprozesses sind. Hier nur ein paar Begriffe, die die Vielschichtigkeit der Thematik verdeutlichen sollen: Probatorik, Vertragstherapeut, Richtlinienpsychotherapie, Psychoanalyse, Gutachterverfahren, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Konsiliarverfahren, ärztlicher Psychotherapeut, Psychiater, Neurologe, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Systemische Therapie. Diese Aufzählung ließe sich beliebig fortsetzen und zeigt, wie stark die Versorgung psychisch Kranker mit den unterschiedlichsten Sektoren des Gesundheitssystems verbunden ist. Die Vielschichtigkeit in der Begrifflichkeit spiegelt sich auch in der Versorgungssituation Betroffener wider.

Prävalenz psychischer Erkrankungen

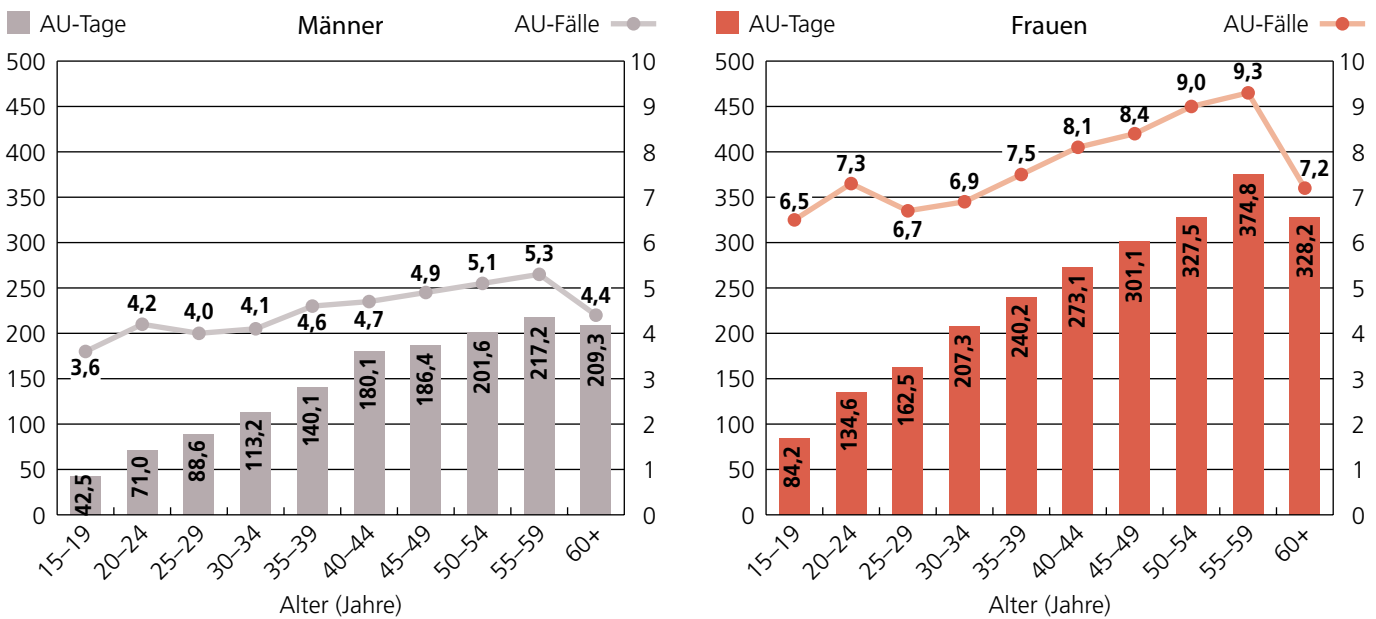
Die DAK-Gesundheit hat in den letzten Jahren mehrfach den Einfluss psychischer Erkrankungen auf die Erwerbstätigen analysiert. Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen ist seit etwa 15 Jahren die bei weitem auffälligste Entwicklung im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Die DAK-Gesundheitsreporte 2002, 2005 und 2013 trugen wesentlich dazu bei, diese Entwicklung der Öffentlichkeit und Fachwelt zur Kenntnis zu bringen.

Im DAK-Gesundheitsreport 2013 kann nun ein Zeitraum von 16 Jahren (1997-2012) überblickt werden. In dieser Zeit haben sich die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen überproportional gesteigert. Im Folgenden wird in das Thema eingeführt, indem die wichtigsten Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufgrund psychischer Diagnosen präsentiert werden. Bevor sich dann weitere differenzierte Analysen anschließen, wird so die – zunächst rein quantitative – Relevanz des Themas aufgezeigt.

Von 1997 bis 2012 nahmen die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen um 165 Prozent, oder anders gesagt, um den Faktor 2,7, zu. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeiten, also die AU-Fälle, nahm in etwa der gleichen Größenordnung zu, nämlich um 142 Prozent bzw. um den Faktor 2,4. Die Betroffenenquote, also der Anteil der Beschäftigten, die wegen einer psychischen Diagnose krank geschrieben waren, wächst im betrachteten Zeitraum um 131 Prozent.

Mit einem Anteil von 14,5 Prozent an den Fehltagen rücken die psychischen Erkrankungen auf Rang zwei der häufigsten Ursachen für Krankschreibungen vor – hinter Muskel-Skelett-Erkrankungen. Unter den Frauen ist mehr

Fehltage für psychische Erkrankungen nach Alter und Geschlecht



AU-Tage je 100 Versichertenjahre

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2012



In den verschiedenen Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen unterschiedlich häufig. Sie nehmen aber bei Männern und Frauen tendenziell mit dem Alter zu.

als jeder sechste AU-Tag einer psychischen Diagnose zuzuschreiben. Ausfälle, die durch psychische Erkrankungen verursacht werden, dauern sehr lange, im Durchschnitt 33,2 Tage. Noch länger sind nur die Fehltage wegen Neubildungen (beispielsweise Krebserkrankungen). Die durchschnittliche Dauer aller Diagnosekapitel liegt bei 12,6 Fehltagen.

Zwar ist die Zunahme der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen sehr hoch und die Ausfalldauer sehr lang. Absolut gesehen bleibt der Anteil der Betroffenen demgegenüber aber relativ gering, beispielsweise im Vergleich zu Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen, die traditionell auf den vorderen Rängen der wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit stehen.

Von einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Diagnose waren im Jahr 2012 4,5 Prozent der Erwerbstätigen betroffen. Das bedeutet, etwa jeder 22. Erwerbstätige war im Jahr 2012 wegen einer psychischen Diagnose einmal oder mehrmals krank geschrieben. Unter den Frauen beträgt dieser Anteil 5,9 Prozent, unter den Männern 3,3 Prozent (Zum Vergleich: Die Betroffenenquote bei Atemwegserkrankungen liegt dagegen bei 20,2 Prozent und bei Muskel-Skelett-Erkrankungen bei 11,9 Prozent.)

Bei der Betrachtung der Entwicklung des AU-Geschehens der psychischen Diagnosen ist – sozusagen als Hintergrund – das AU-Geschehen insgesamt zu berücksichtigen. Während der Gesamtcrankenstand seit 1997 Schwankungen unterliegt, die bis zu 20 Prozent nach oben betragen, vollzieht sich beim AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen dagegen eine Steigerung um 165 Prozent. Somit lässt sich festhalten: Der Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen vollzieht sich vor dem Hintergrund eines vergleichsweise wenig volatilen Gesamtvolumens an Krankschreibungen.

Unterschiede nach Geschlecht und Altersverlauf

Grundsätzlich sind Frauen weit mehr von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen als Männer. Wie unterscheiden sich die Diagnosen im Geschlechtervergleich?

Zunächst unterscheidet sich die Rangfolge der Einzeldiagnosen nicht nach Geschlecht. Das heißt für Frauen wie für Männer ist die Depression (F32 und F33) diejenige Diagnose, die (mit Abstand) die meisten Fehltage verursacht. Darauf folgt die Anpassungsstörung (F43), auf Rang 3 an-

dere neurotische Störungen (F48) usw. bis zu Rang 6 mit den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol.

Jede dieser psychiatrischen Diagnosen verursacht bei Frauen jedoch sehr viel mehr AU-Tage als bei den Männern. Der Unterschied beträgt zwischen 61 Prozent bei den „anderen Angststörungen“ (F41) und 102 Prozent bei den „anderen neurotischen Störungen“ (F48).

Einzigste Ausnahme hierbei sind die „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10), die bei Männern mehr als doppelt so viele AU-Tage verursachen wie bei Frauen (9,4 zu 4,2 AU-Tage pro 100 Versicherte).

In verschiedenen Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen unterschiedlich häufig. Sie nehmen bei Männern wie bei Frauen tendenziell mit dem Alter zu. Dies gilt für die AU-Tage wie für die AU-Fälle (jeweils für 100 Versicherte angegeben). Lediglich die Altersgruppe der über 65-Jährigen verzeichnet geringfügig weniger AU-Tage wegen psychiatrischen Diagnosen als die vorangehende Altersgruppe der 55-59-Jährigen, und erheblich weniger AU-Fälle.

Burnout ist kein Massenphänomen

Im Jahr 2012 hatten die Ärzte nur bei jedem 500. DAK-versicherten Mann und jeder 330. Frau ein Burnout auf der Krankschreibung vermerkt. Es gibt offensichtlich kein Massenphänomen Burnout. Burnout ist eine Art Risikozustand und keine Krankheit. Der Begriff ist auch durch die breite Berichterstattung in den Medien positiver besetzt und sozial akzeptierter als eine Depression. Insofern hat die öffentliche Debatte dazu beigetragen, dass Arbeitnehmer beim Arzt leichter über psychische Beschwerden sprechen.

In der Öffentlichkeit wird das Thema Burnout häufig als eigenständige psychische Krankheit behandelt. In der Praxis vermerken die Ärzte diese Zusatzdiagnose auf der Krankmeldung meist ergänzend bei Depressionen und Anpassungsstörungen. Burnout kann unter einer Zusatzcodierung (Z73) auf der Krankmeldung begleitend vermerkt werden. Unter dieser Zusatzcodierung werden „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ erfasst. Vor einigen Jahren spielte das Burnout kaum eine Rolle. Die Zusatzcodierung wurde noch im Jahr 2004 so gut wie gar nicht auf der Krankmeldung vermerkt. Bis 2012 lässt sich – auch bedingt durch das geringe Anfangsniveau – ein steiler Anstieg verzeichnen. Insgesamt werden durch die Zusatzcodierung Krankschreibungen mit einem Volumen von etwa zehn Ausfalltagen pro 100 Erwerbstätige begründet. Zum

Vergleich: Die Depression verursacht mit 85 Fehltagen pro 100 Arbeitnehmer mehr als acht Mal so viele Ausfalltage.

Ohne dem Ergebnis der medizinischen Diskussion vorzugreifen, ob sich eine Burnout-Erkrankung als eigenständige Krankheitsentität definieren lässt oder nicht, bleibt zu konstatieren, dass die Häufigkeit des Phänomens nicht mit der medialen Prominenz korreliert.

Sind wir heute anders krank?

Arbeitsunfähigkeitsdaten geben zuverlässig Auskunft über das Ausmaß psychischer Diagnosen bei Krankschreibungen. Sie spiegeln allerdings nicht zwangsläufig die tatsächliche Verbreitung psychischer Erkrankungen wider.

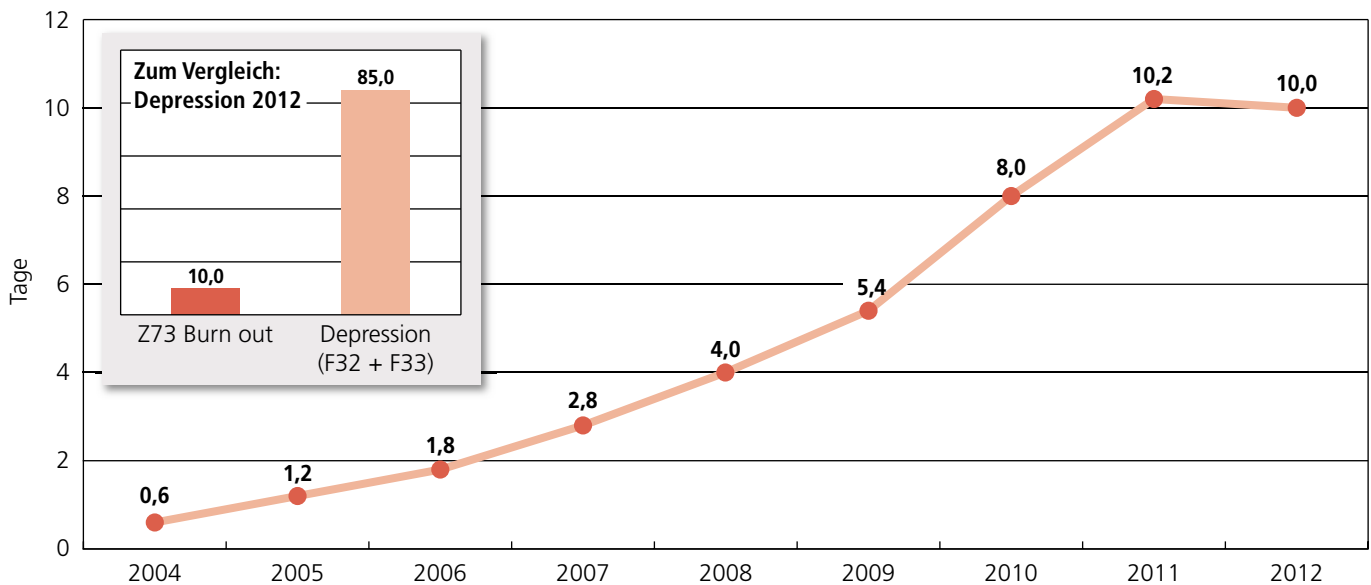
Die DAK-Gesundheit stellt in einer Langzeitanalyse ihrer Gesundheitsreporte fest, dass sich die Fehltagelast in den Betrieben deutlich verschoben hat: Während sich 1997 nur jeder 50. Erwerbstätige wegen eines psychischen Leidens krankmeldete, war es bereits jeder 22. im Jahr 2012. Frauen waren dabei fast doppelt so häufig betroffen wie Männer. Viele Arbeitnehmer werden heute mit einem psychischen Leiden krankgeschrieben, während sie früher mit Diagnosen wie chronische Rückenschmerzen oder Magenbeschwerden arbeitsunfähig gewesen wären. Ob dieser Trend eine echte Verschiebung des Krankheitsspektrums repräsentiert oder ob früher mehr psychiatrische Erkrankungen unter dem Deckmantel einer somatischen Diagnose kaschiert wurden, um den Betroffenen die Stigmatisierung eines psychischen Leidens zu ersparen, ist Gegenstand der aktuellen Diskussion (siehe hierzu auch den Aufsatz „Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten“ von Prof. U.Hegerl in: Frankfurter Forum Diskurse Heft 8, 2013).

Behandlungsressourcen und Bedarfsplanung

Die Ausführungen über die Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie die Verschiebung des Krankheitsspektrums bei Arbeitsunfähigkeit hin zu den psychischen Leiden machten es erforderlich, dass die Bedarfsplanung auf den Prüfstand kam und die Versorgungssituation insgesamt betrachtet wurde. Denn es gibt Anzeichen dafür, dass nur wenige Patienten mit psychischen Störungen zum Spezialisten gelangen.

Die Abbildung gibt Aufschluss über die Häufigkeit von Behandlungsfällen nach Arztgruppen bei der Diagnose F31 (Depressive Episode). Bundesweit sind derzeit in der Versorgung als zugelassene Therapeuten 13.369 psychologische Psychotherapeuten (+ 2,6 Prozent zum Vorjahr),

AU-Tage aufgrund von Z73: Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung („Burnout“)



AU-Tage je 100 Versichertenjahre

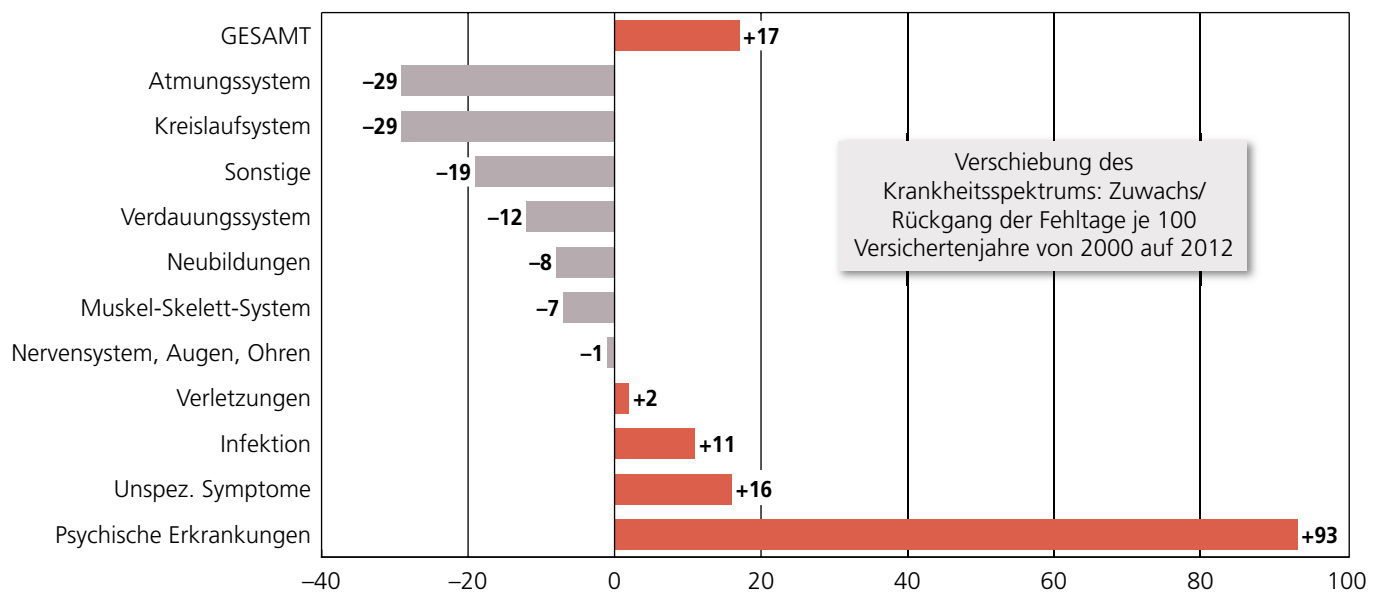
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2004-2012



Mit der Zusatzcodierung Z73 („Burnout“) werden Krankschreibungen im Umfang von etwa zehn Ausfalltagen pro 100 Erwerbstätige begründet. Im Vergleich dazu verursachen Depressionen acht Mal so viele Ausfalltage.

Verschiebungen im Krankheitsgeschehen im Vergleich der Jahre 2000 und 2012

„Sind wir heute anders krank, oder kriegen wir andere Diagnosen?“



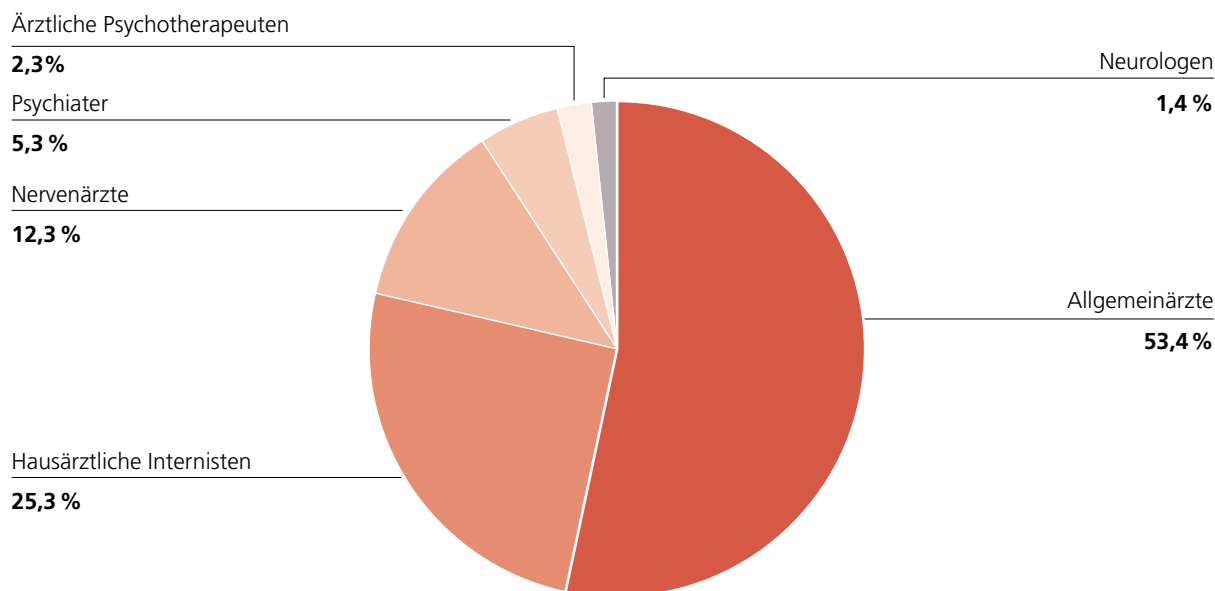
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2000-2012



In der Wissenschaft wird diskutiert, ob die Verschiebungen im Krankheitsgeschehen tatsächlich eine veränderte Morbidität spiegeln oder ob früher mehr psychiatrische Erkrankungen unter dem Deckmantel einer somatischen Diagnose kaschiert wurden.

Nur wenige Patienten mit psychischen Störungen gelangen zum Spezialisten

Depressive Episode (F31); Häufigkeit von Behandlungsfällen nach Arztgruppen



Quelle: Daten KV Nordrhein, Quartal 1/2011, N = 498.012 Behandlungsfälle



Patienten mit einer depressiven Episode werden in rund drei von vier Fällen vom Allgemeinarzt oder hausärztlichen Internisten behandelt. Nur etwas mehr als jeder fünfte Patient wird einem Spezialisten vorgestellt.

5322 ärztliche Psychotherapeuten (+ 7,8 Prozent) und 3110 Kinder- und Jugendlichentherapeuten (+ 3,6 Prozent) tätig (Quelle: KBV Grunddaten 2010).

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben gemeinsam festgelegt, dass im Rahmen der Bedarfsplanung ab Januar 2013 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für bis zu 1150 Psychotherapeuten möglich waren. Die Festlegung der räumlichen Verteilung der 1150 neuen Psychotherapeutesitze erfolgt mit dem Ziel einer verbesserten Versorgung insbesondere im ländlichen Raum sowie unter Berücksichtigung der spezifischen Situation in Ballungsräumen (erhöhte Nachfragsituation für ambulante psychotherapeutische Leistungen). Dies gilt insbesondere für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, die gegenüber den übrigen Therapeuten gestärkt und daher auch separat in der Planung berücksichtigt werden sollen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Verhältniszahlen (Einwohner/Psychotherapeut) so definiert, dass eine Verbesserung der Versorgung erreicht wird. Die Erwartung ist, die Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie in absehbarer Zeit zu senken.

Vergütung

Auch bei den Vergütungsregelungen haben sich deutliche Verbesserungen ergeben. Das Honorar für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten steigt 2013 um einen Korridorbetrag zwischen 1,15 und 1,27 Milliarden Euro. Da die Vergütungsverhandlungen ab 2013 wieder regional geführt werden, kann die Bundesebene allerdings nur die Richtung vorgeben, die aber nach Einschätzung der KBV und des GKV-SV in den regionalen Honorarbeschlüssen ihren Niederschlag finden wird.

Für die ambulante psychotherapeutische Behandlung ist von besonderer Bedeutung, dass die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie aller Arztgruppen und die probatorischen Sitzungen der psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichentherapeuten und bestimmter Fachärzte außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden, also ausgedeckt sind. Spätestens nach Ablauf von vier Jahren wird allerdings überprüft werden müssen, ob die Mengenentwicklung bei diesen Leistungen weiterhin überproportional zur Veränderungsrate steigt oder ob auf Grund einer Stabilisierung eine Eindeckung

in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung analog der Vorgaben möglich ist.

Nebeneinander verschiedener Therapieformen – Versorgungssteuerung fehlt

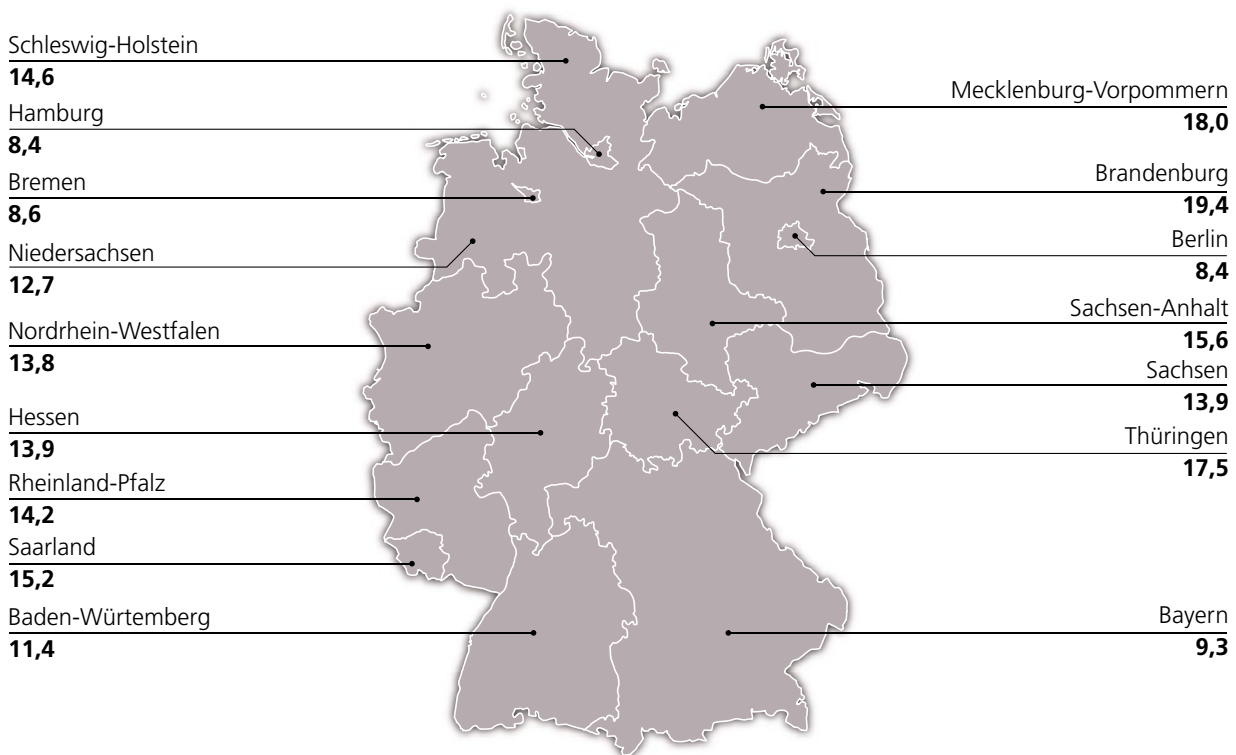
Für eine nachhaltige Qualitätssicherung bedarf es einer stärkeren Versorgungsforschung hinsichtlich der Wirksamkeit der unterschiedlichen Therapieformen bei verschiedenen Erkrankungen. So existieren zwei völlig unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungsformen für die gleichen Indikationen, die sich hinsichtlich ihrer Methodik und Dauer deutlich unterscheiden:

- Psychoanalyse und tiefenpsychologisch orientierte Therapieformen mit Therapiedauern von 1-5 Jahren
- Verhaltenstherapie mit maximal 25-80 Sitzungen.

Die Versorgungsforschung sollte angesichts begrenzter Ressourcen stärker untersuchen, ob längere Therapien per se immer erfolgreicher sind als Kurzzeittherapien. Sehr lange Therapien binden in starkem Maße personelle Ressourcen und verlängern damit Wartezeiten.

Auch die Wahl und Zuweisung in die richtige Therapieform steht auf der Agenda. Die Therapeutensuche erfolgt meist auf Empfehlung des Hausarztes, durch Bekannte, Beratung durch Krankenkassen oder auch durch die Suche im Telefonbuch. Aber gelangen die Patienten mit ihren psychischen Leiden auch immer in die richtige Therapieform? Es fällt auf, dass die Verteilung der Therapieformen bei allen Diagnosen ähnlich ist. Eine Ausnahme bilden die phobischen Störungen, bei denen sich die Verhaltenstherapie häufig als effektivste Methode erwiesen hat, während bei sonstigen neurotischen Störungen die Psychoanalyse dominiert. Die Gruppentherapie findet derzeit als Behandlungsform kaum einen Niederschlag. Lediglich zwei Prozent der DAK-Versicherten befinden sich in einer Gruppentherapie. Diese Therapieform sollte jedoch – und so ist es auch im jüngsten Koalitionsvertrag fixiert – gefördert werden, nicht zuletzt um auch Wartezeiten zu reduzieren.

Wartezeiten auf ein Erstgespräch – Zeitraum in Wochen



Quelle: BPTK 2011



Die Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch variieren je nach Region stark und reichen von rund acht Wochen (Hamburg) bis zu fast 20 Wochen (Brandenburg).

Inanspruchnahme – welche Unterschiede zeigen sich zwischen den Bundesländern?

Bei der Inanspruchnahme zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. In den Stadtstaaten Hamburg, Berlin, und Bremen nehmen etwa fünf Prozent der Versicherten eine Therapie in Anspruch, wo hingegen die neuen Bundesländer eine sehr niedrige Inanspruchnahme (ca. zwei Prozent) von Therapien vorweisen.

Nur ein kleiner Anteil der Versicherten der DAK-Gesundheit wurde neben der ambulanten Therapie auch stationär in einer psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses behandelt. In Sachsen ergab sich aus einer Umfrage das Bild, dass 12,3 Prozent der Versicherten direkt aus einer (teil-)stationären Behandlung in die ambulante Therapie kamen; 5,4 Prozent mussten sich auch nach der Therapie in eine (teil-) stationäre Behandlung begeben. Die durchschnittlichen Fallkosten betragen hierbei 7000 Euro. Die Anfragen bei Ärzten und Psychotherapeuten nach einem psychotherapeutischen Erstgespräch variieren auch wieder sehr stark in den einzelnen Ländern. Eine eindeutige Aussage kann nicht getroffen werden, da Patienten häufig mehrere Praxen anfragen, um Wartezeiten zu vermeiden.

Wartezeiten

Wartezeiten sind ein oft diskutiertes Thema in Bezug auf Psychotherapien. In allen Bundesländern existieren Praxen mit Wartelisten. Allerdings gibt es auch hier deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bis auf Hamburg, Berlin, Bremen und Bayern haben in allen Bundesländern mindestens die Hälfte der Praxen eine Warteliste.

Aggravierend wirkt sich die unterschiedliche Auslastung der Praxen aus. Viele Psychotherapeuten arbeiten weniger als in der Bedarfsplanung vorgesehen, was zu unnötigen Wartezeiten führt. Anders als die im Bundesmantelvertrag festgelegte Mindestzahl von 20 Wochenstunden, bieten Psychotherapeuten in Stadtstaaten gegenwärtig im Durchschnitt weniger als 20 Therapiestunden pro Woche für GKV-Patienten an.

Die längsten Wartezeiten findet man analog zu den Anfragen nach Erstgesprächen in Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Ebenso ist in diesen Bundesländern der Anteil der Patienten, die länger als drei Monate auf ein Erstgespräch warten höher als in den anderen Bundesländern. Je höher die Dichte der Psychotherapeuten, desto kürzer die Wartezeit auf das Erstgespräch. Die Jahresprä-

valenz der psychischen Erkrankungen schwankt hingegen nicht so stark.

Durch eine stärkere Berücksichtigung der Gruppentherapie und der Schaffung der Möglichkeit variabler und am Bedarf des Patienten orientierten Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie können Wartezeiten verringert werden.

Weiterentwicklung des Gutachterverfahrens erforderlich

Der GKV-Spitzenverband und die KBV haben verabredet, im Gemeinsamen Bundesausschuss die Psychotherapie-Richtlinien und das Gutachterverfahren weiter zu entwickeln. Die DAK-Gesundheit bewertet dies positiv, da die Angemessenheit der unterschiedlichen Behandlungsdauern, der Verfahren und das Verhältnis von Einzel- und Gruppentherapie zu prüfen ist. Hierzu haben die Ersatzkassen bereits ein entsprechendes Rahmenpapier entwickelt.

Effizienzsteigerungen in der Versorgung wird es meiner Meinung nach durch mehr Gruppentherapien geben: Spezifische Krankheitsbilder und Patientengruppen lassen sich sehr gut mit einer Gruppentherapie behandeln. Diese wird bisher aufgrund verschiedener Hemmnisse in nur sehr geringem Umfang angeboten. Hinderungsgründe sind fehlende Abrechnungsgenehmigungen der Psychotherapeuten und ein als zu hoch empfundener administrativer Aufwand für Gutachten und Antragsverfahren. Diesen Problemen könnte durch neue Ausbildungswege und praxisorientierte Lösungen abgeholfen werden. Rahmenbedingungen wie Gruppengröße und Bewilligungsschritte müssen daher an die Praxisrealität angepasst werden.

Weiterhin haben Auswertungen auf Grundlage von Abrechnungsdaten gezeigt, dass die Auslastung von über einem Drittel der Psychotherapeuten unterhalb von 50 Prozent liegt. Damit erfüllen viele Leistungserbringer die bundesmantelvertragliche Vorgabe von wöchentlich 20 Behandlungsstunden nicht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen als Trägerinnen des Sicherstellungsauftrages sollten auf die Psychotherapeuten zeitnah zugehen und eine Anhebung des Tätigkeitsumfanges oder alternativ eine Teilung des Sitzes der Vertragstherapeuten einfordern.

Im Jahr 2009 wurden GKV-weit rund 310.000 Gutachten und Obergutachten durchgeführt, die Kosten von ca. 26 Millionen Euro verursacht haben – die Ablehnungsquote lag bei weniger als vier Prozent (Quelle: Qualitätssicherungsbericht der KBV 2010). Das Gutachterverfahren war 1967 die erste ambulante Qualitätssicherungsmaßnah-

Versorgungsziele und Lösungen der DAK-Gesundheit

So wenig stationär wie nötig, so viel ambulant wie möglich

- Begleitung des Patienten im Versorgungspfad
- Vermeidung von Chronifizierung und sozialem Abstieg

Sicherstellung der Versorgung durch zeitnahen Zugang zum Therapeuten

- Information, Beratung und Steuerung der Versicherten in verpflichtenden Sprechstunden vor der Probatorik → Indikationssteuerung
- Einsatz psychometrischer Instrumente innerhalb der Probatorik → Qualitätssicherung/ Transparenzsteigerung im Versorgungsgeschehen
- Bessere Basisdiagnostik bei den Patienten
- Neufestsetzung der Bewilligungsschritte der Stundenkontingente

Förderung der Gruppentherapie

- Verringerung der Gruppengröße/ Selektivverträge



Jeder Patient soll für seine Störung mit dem für ihn geeigneten Verfahren von einem „passenden“ Therapeuten in angemessener Zeit in dem medizinisch notwendigen Umfang behandelt werden.



Quelle: DAK-Gesundheit

Der zeitnahe Zugang zum Therapeuten ist eines der Ziele der rund 30 Integrationsverträge zum Thema psychische Erkrankungen, die die DAK-Gesundheit geschlossen hat. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung.

me innerhalb der GKV. Es wurde zu einer Zeit eingeführt, als der Beruf des Psychotherapeuten noch nicht durch das Psychotherapeutengesetz 1999 geschützt war. Dieses Verfahren wird von vielen Akteuren als kostenintensiv und wenig effektiv beurteilt. Nach Meinung der DAK-Gesundheit sollte die generell verpflichtende Begutachtung nach den ersten 25 Sitzungen geprüft werden. Die einzelnen Bewilligungsschritte sind ebenfalls zu hinterfragen. Die geringe Ablehnungsquote belegt auch, dass das Gutachterverfahren weder zweckmäßig noch verhältnismäßig ist. Das Gutachterverfahren ist mit dem Ziel der Vereinfachung, Vereinheitlichung und Entbürokratisierung neu zu strukturieren.

Lösungen der DAK-Gesundheit

Die DAK-Gesundheit beteiligt sich intensiv mit anderen Akteuren daran, das Gesundheitssystem fort zu entwickeln und die Versorgungslandschaft an veränderte Rahmenbedingungen und Bedarfe anzupassen. Hierbei steht ihr ein medizinisch-wissenschaftlicher Beirat aus Gesundheitsökonomien, Medizinern, Epidemiologen und Versorgungsforschern zur Seite. Zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker setzt die DAK-Gesundheit darauf, den Patienten aktiv zu begleiten und dadurch einer Chronifizierung der Erkrankung so weit wie möglich vorzubeugen.

Dabei gilt der Grundsatz: So wenig stationär wie nötig, so viel ambulant wie möglich. Ein möglichst zeitnaher Zugang zum Therapeuten soll nach Auffassung der DAK-Gesundheit durch folgende Kriterien unterstützt werden:

- Information, Beratung und Steuerung der Versicherten in verpflichtenden Sprechstunden vor der Probatorik. Ziel dabei ist, die patientengerechte Psychotherapieform je nach Indikationsstellung
- Wegfall der Antrags- und Begutachtungspflicht bei der Kurzzeittherapie – zukünftig sollten diese Therapien nur noch vom Therapeuten der Krankenkasse angezeigt werden
- Einsatz psychometrischer Instrumente innerhalb der Probatorik und zwischen den einzelnen Behandlungsschritten. Diese können helfen, die Transparenz im Versorgungsgeschehen zu steigern
- Bessere Basisdiagnostik bei den Patienten
- Neufestsetzung der Bewilligungsschritte der Stundenkontingente
- Förderung der Gruppentherapie/Verringerung der Gruppengröße/Einsatz von Selektivverträgen.

Eine wichtige Rolle zur Versorgungsoptimierung bei psychischen Erkrankungen spielen Modelle zur Integrierten Versorgung. Hierin sieht die DAK-Gesundheit gerade bei der Behandlung der psychischen Erkrankungen ein wichtiges

Beispiele für erfolgreiche IV-Verträge: Gesunde Seele – Mehr Lebensqualität

Enge Zusammenarbeit und Vernetzung von über 70 Psychiatern, Psycho-/ Soziotherapeuten und Rehasportanbietern unter Nutzung einer einheitlichen Software (Samedi)

Indikationsspektrum	affektive und Verhaltensstörungen, Angststörungen
Versorgungsregion	Berlin, Brandenburg
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • bessere Vernetzung der Versorgungsstufen, insbesondere der Übergänge zwischen den Leistungssektoren • frühzeitige Diagnostik und Behandlung beim richtigen Vertragspartner unter Berücksichtigung der individuellen Arbeits- und Lebenssituation • Vermittlung von Verständnis für die eigene Lebens- und Krankheitssituation inkl. Interventionsmöglichkeiten

Quelle: DAK-Gesundheit



Eines der Ziele des Integrationsvertrags „Gesunde Seele – Mehr Lebensqualität“ besteht darin, eine bessere Vernetzung der Versorgungsstufen zu erreichen; eine einheitliche Software soll dabei helfen.

Instrument. Aktuell hat die DAK-Gesundheit flächendeckend rund 30 IV-Verträge zum Thema der psychischen Erkrankungen in ihrem Leistungsportfolio. Ziel dieser Verträge ist:

- Frühzeitige Diagnostik und Behandlung beim richtigen Vertragspartner
- Eine bessere Vernetzung der Versorgungsstufen, insbesondere der Übergänge zwischen den Leistungssektoren
- Vermeidung von Chronifizierung und Re-Hospitalisierung.

Insbesondere in den Metropolen, in denen die psychischen Erkrankungen stärker verbreitet sind, hat die DAK-Gesundheit erfolgreiche integrierte Versorgungsverträge geschlossen. In Berlin und Brandenburg hat die DAK-Gesundheit das Projekt „Gesunde Seele – mehr Lebensqualität“ aufgelegt. Dabei steht eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung von über 70 Psychiatern, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten und Rehasportanbietern unter Nutzung einer einheitlichen Software (Samedi) im Vordergrund.

Ziele dieser Projekte sind:

- Bessere Vernetzung der Versorgungsstufen, insbesondere der Übergänge zwischen den Leistungssektoren
- Frühzeitige Diagnostik und Behandlung beim richtigen Vertragspartner unter Berücksichtigung der individuellen Arbeits- und Lebenssituation

- Vermittlung von Verständnis für die eigene Lebens- und Krankheitssituation inkl. Interventionsmöglichkeiten
- Verkürzung oder Vermeidung stationärer Krankenhausaufenthalte
- Behandlung im häuslichen Umfeld.

Ein weiteres beispielhaftes Projekt betrifft den tagesklinischen Alkoholentzug in der Charité Berlin. Dabei steht die Zusammenarbeit der Tagesklinik der Charité mit niedergelassenen Psychiatern, Fachärzten, Allgemeinmedizинern und Suchtberatungsstellen im Vordergrund.

Ziele sind:

- Vermeidung stationärer Wiederaufnahme (Drehtüreffekt)
- Wiedereingliederung ins Berufsleben und in den Alltag
- Verbesserung der Lebensqualität
- Reduzierung von Stigmatisierung
- Vermeidung von Chronifizierung und Folgeerkrankungen.

Mit diesen und weiteren Lösungen, deren Wirkung auf die Versorgung jeweils zeitnah evaluiert wird, will die DAK-Gesundheit kurzfristig die lokale Versorgung der Betroffenen verbessern. Langfristig dienen diese Projekte dazu, über den „Wettbewerb der besten Ideen“ Impulse für die

weitere Ausgestaltung des Gesundheitssystems zu geben und so die Versorgung aller Versicherten im GKV-System global zu verbessern.

E-Mail-Kontakt: Vorstand@dak.de

.....
PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER
.....



Nach dem Studium der Wirtschafts- und Organisationswissenschaften an der Universität der Bundeswehr in München war Herbert Rebscher ab 1992 als stellvertretender Geschäftsführer beim VdAK tätig. 1996 wurde er Vorsitzender des Vorstandes des VdAK. Zum 1. Oktober 2003 wechselte er in den Vorstand der DAK. Mit Jahresbeginn 2005 wurde Herbert Rebscher Vorsitzender des DAK-Vorstandes und hat seit August 2005 eine Honorarprofessur für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth inne.



Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen

Prävention seelisch bedingter Erkrankungen am Arbeitsplatz – nur eine Frage für Ärzte?

DR. KAY GROßMANN, LEITER DES GESUNDHEITSMANAGEMENTS DER DR. ING. H.C. F. PORSCHE AG, STUTTGART



Lange Zeit hat in Unternehmen die Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen und Unfällen im Vordergrund des betrieblichen Gesundheitsmanagements gestanden. Heute bilden dagegen Gesundheitsförderung sowie die Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter den Fokus. Dabei übt der Arbeitsmediziner eine wichtige Lotsenfunktion zwischen präventiver und kurativer Medizin aus. Das Arbeitsschutzgesetz schreibt vor, dass der Arbeitgeber eine Gefährdungsbeurteilung auch der psychischen Belastung durch die Arbeit zu dokumentieren hat. Die Früherkennung verminderter psychischer Belastbarkeit von Mitarbeitern ist heute besonders für Führungskräfte ein unerlässlicher Bestandteil des betrieblichen Gesundheitscoachings. Der einzige hochsignifikante Faktor für die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem 51. und 62. Lebensjahr ist gutes Führungsverhalten bzw. gute Arbeit von Vorgesetzten. Am Beispiel des Unternehmens Porsche wird dargelegt, welche Kooperationsformen interner und externer Akteure und welche Strategien sich im Hinblick auf Früherkennung und medizinisch-betriebliche Rehabilitation bewährt haben.

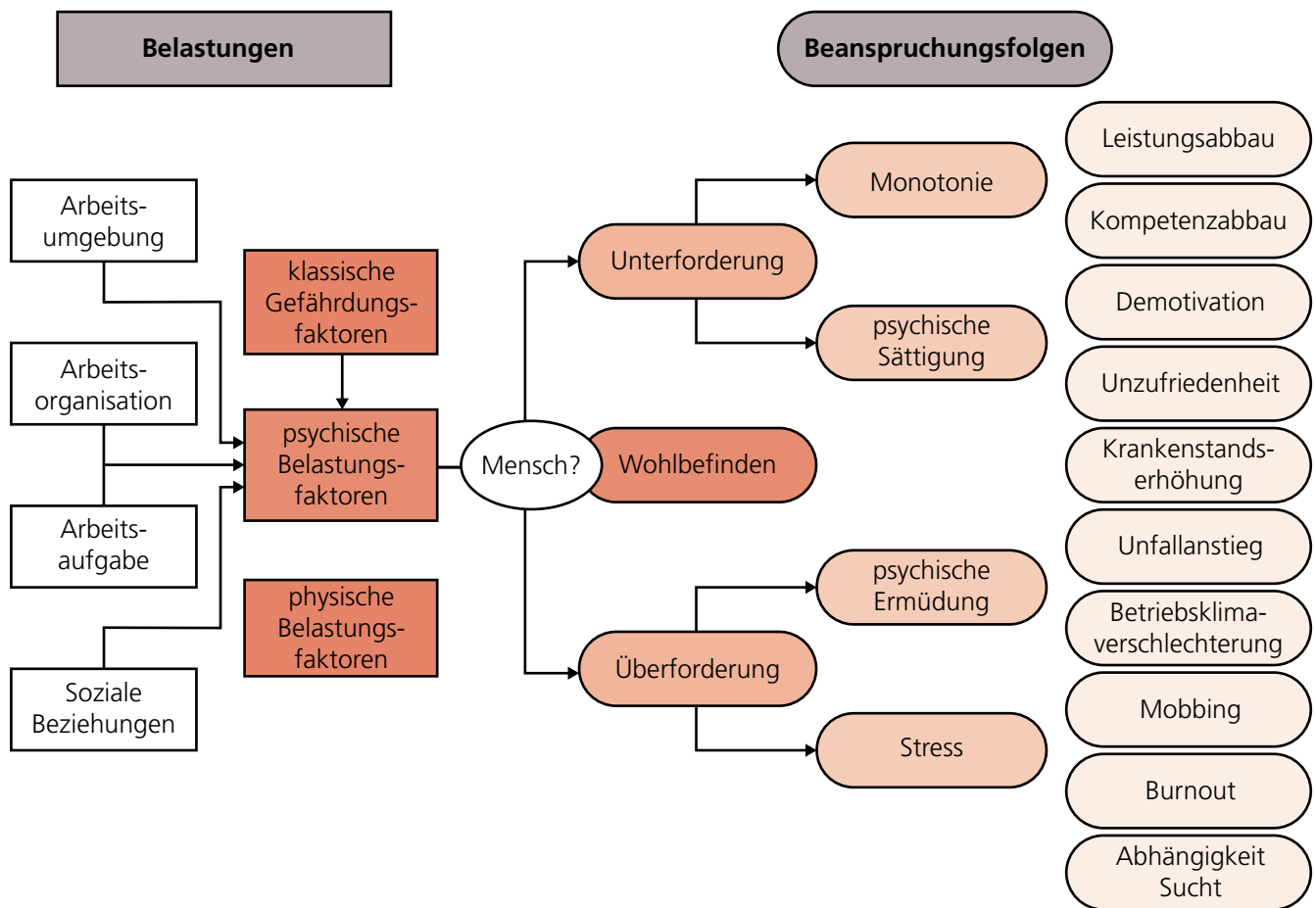
I. Einführung

In der Großindustrie hat ein integriertes, ärztliches Gesundheitsmanagement neben der medizinischen Basisversorgung einen starken Fokus auf Verhältnis- und Verhaltensprävention zu legen.

Dabei setzt die Verhältnisprävention zuerst an den Arbeitsbedingungen an und richtet sich gleichzeitig mit Informationen über mögliche Gesundheitsgefahren bzw. gesundheitsgerechtes Verhalten im Rahmen der Verhaltensprävention an den einzelnen Mitarbeiter. Betriebsärzte erreichen auch diejenigen Menschen, die aus eigener Initiative keine präventiven Maßnahmen in Anspruch nehmen. Die Früherkennung von Risiken oder Vorstufen von Erkrankungen ermöglicht rechtzeitige Interventionen, um Lebensstiländerungen, Gewinn an Lebensqualität und damit möglichst lange Gesundheit zu erreichen.

Stand lange Zeit der Schutz der Gesundheit des arbeitenden Menschen – der Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen und Unfällen – im Vordergrund, stellen heute Gesundheitsförderung sowie Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung im Rahmen der Humanisierung der Arbeit und zum Erhalt der menschlichen Leistungsressourcen zumindest gleichrangige Zielsetzungen dar. Hierzu bedarf es einem weiten Unternehmensnetzwerk betrieblicher Funktionsträger auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite. Nach dem Auftrag des Arbeitssicherheitsgesetzes ist der Arbeitsmediziner als Gesundheitsmanager vor allem betrieblicher Berater und Moderator für Fragen zum Schutz vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und damit auch zuständig für die psychische Gefährdungsbeurteilung. Er übt damit übergeordnet eine wichtige Lotsenfunktion zwischen präventiver und kurativer Medizin aus. Neben

Belastungs-Beanspruchungs-Konzept in der Arbeitswissenschaft



Quelle: Birgit Fritsche, 2012, Porsche Teamorientierte Gesundheitsförderung



Das Thema Arbeit und Gesundheit kann aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden. Die Arbeitswissenschaft legt den Fokus auf die Vermeidung von psychischen Fehlbelastungen.

internen wird auch mit externen Netzwerkpartnern wie Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen, Ärzten, Krankenhäusern (auch Tageskliniken), Berufsgenossenschaften und Sozialeinrichtungen kooperiert.

II. Gefährdungsbeurteilung durch psychische Belastung – Beispiel Handlungsspielraum

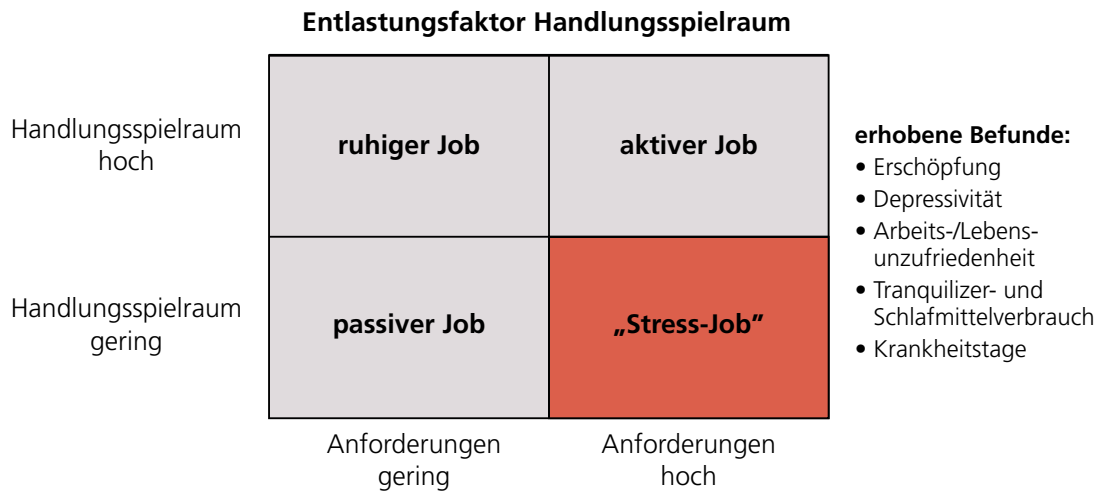
Das Thema Arbeit und Gesundheit unterliegt differenzierten fakultativen und damit perspektivischen Ansatzpunkten in der Betrachtungsweise.

Die Schwerpunktbildung in der Arbeits- und Organisationspsychologie sowie Public Health liegt auf der Arbeitswelt als wesentlicher Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit. Aus klinischer Perspektive, also klinischer Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, gilt die Auf-

merksamkeit vorrangig der Arbeitswelt als einem möglichen Auslöser, wird aber nicht als vorwiegende Ursache psychischer Erkrankungen betrachtet.

Im Fokus der Arbeitswissenschaft liegt die Betonung eher auf der Vermeidung psychischer Fehlbelastung, wobei sich die psychische Belastung durch Arbeitsanalysen beobachtend erfassen und durch entsprechende Arbeitsgestaltung begrenzen lässt. Schließlich interpretiert die Epidemiologie den oft berichteten Anstieg der Häufigkeit psychischer Erkrankungen als nicht belegt, sondern weist vielmehr auf den Anstieg gestellter Diagnosen hin. In diesem Zusammenhang betreffen steigende Inzidenz- und Prävalenzzahlen alle Bevölkerungsgruppen, also Kinder, Jugendliche, Beschäftigte, Hausfrauen, Rentner und insbesondere Erwerbslose.

Arbeitsanforderungs-Kontrolle-Modell von Karasek und Theorell



Quelle: Gottfried Richenhagen, 2012



Das Arbeitsanforderungs- und Kontroll-Modell (Demand and Control) verdeutlicht die Konsequenzen eines geringen oder hohen Handlungsspielraums sowie hoher oder geringer Anforderungen an den Arbeitnehmer.

Arbeitgeber haben nun auf der Grundlage von Paragraph 5 Arbeitsschutzgesetz eine Gefährdungsbeurteilung zur psychischen Belastung durch die Arbeit zu dokumentieren. Das setzt die Bereitstellung von Handlungshilfen voraus, durch die arbeitsbedingte psychische Belastungen im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung ermittelt werden können.

In diesem Zusammenhang werden Begriffe wie Über-, Unterforderung, Handlungsspielraum/Verantwortung, soziale Bedingungen, Arbeitszeit genannt. Zur Herstellung des Gleichgewichts zwischen arbeitsplatzbedingten Belastungsfaktoren und Ressourcen werden in den Handlungsempfehlungen Schlagworte wie mehr Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit, mehr soziale Rückendeckung, mehr Zusammenarbeit, passende inhaltliche und mengenmäßige Arbeitsbelastungen, passende Arbeitsabläufe, geringe Umgebungsbelastungen, mehr und bessere Informationen und schließlich mehr Entwicklungsmöglichkeiten aufgeführt.

Zu den Auswirkungen des Themenfeldes „Handlungsspielraum“ sei an das Arbeitsanforderungs- (Demand) Kontroll- (Control) Modell von Karasek und Theorell erinnert, das die Konsequenzen eines hohen oder geringen Handlungsspielraums bei hohen oder geringen Anforderungen verdeutlicht. Richenhagen führt in diesem Zusammenhang aus, dass die Folgekosten für die Rentenversicherung durch Erwerbsunfähigkeitsrenten 228 Millionen Euro (direkte Kosten im Jahr 1998) betragen. Diese Summe hätte ver-

mieden werden können, wenn es gelänge, sehr geringen Handlungsspielraum bei der Arbeit zu vermeiden. Zu geringer Handlungsspielraum trägt demnach zu 14 Prozent zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei. Dies ist nach dem Belastungsfaktor „Arbeitschwere/Lastenhandhabung“ der zweithöchste arbeitsbedingte Beitrag zum Arbeitsunfähigkeits-Geschehen. Beim Themenfeld „Handlungsspielraum“ belegt Deutschland 2005 im europäischen Vergleich einen eher unterdurchschnittlichen Wert im Mittelwert von vier Indikatoren wie Arbeitsreihenfolge, Arbeitstempo, Vorgehensweise und Pausenwahl.

Hintergrund dafür könnte sein, dass Deutschland im europäischen Vergleich zusammen mit Großbritannien und Griechenland bei niedriger Dezentralisierung (Verantwortung an der Linie) bei gleichzeitig niedriger, strategischer Orientierung einem eher legalistischen Ansatz unterliegt. Dagegen wird in Dänemark, Finnland, Norwegen, der Schweiz und Schweden bei hoher Dezentralisierung und hoher strategischer Orientierung ein integrierter Ansatz im Personalmanagement verfolgt.

Sinnbild für eine neue Führung und Zusammenarbeit an der Basis deutscher Produktionsstätten ist das sogenannte Shopfloormeeting, bei dem Facharbeiter, Meister und Führungskräfte Ziele (Management by Objectives) und deren Abweichungen täglich zusammen analysieren und ggf. Unterstützerteams zur Problembeseitigung einschalten. Somit wird die Verantwortung auf jedermanns Schultern

gelegt und die Eigenverantwortung gestärkt. Es resultieren schnelle Entscheidungen, kurze Wege und damit eine deutliche Verbesserung der Kommunikation und der Mitarbeiterbeteiligung gegenüber einer klassisch hierarchisch geprägten Produktionswelt.

Über den Arbeitsbezug ihrer Erkrankungen beklagen Mitarbeiter besonders den mangelnden Handlungsspielraum (Control), laufende Unterbrechungen (Fragmentierungen) und das damit steigende Multitasking (Überwachung mehrerer Abläufe und das Erledigen mehrerer Aufgaben gleichzeitig), schließlich die wahrgenommene Anerkennung ihrer Arbeit sowie zwischenmenschliche Konflikte. Ein nicht nur speziell auf die IT-Branche bezogenes Beispiel beziffert das steigende Maß an Fragmentierung, d.h. die Arbeitsunterbrechungen (1999: 34 Prozent, 2000: 46 Prozent), mit dem diese bei ihrer Arbeit zurechtkommen müssen. In der IT liegen diese mittlerweile bei 54 Prozent.

III. Organisationsanalyse zur Verhältnis- bzw. Verhaltensprävention

Der ehemalige Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung, Prof. Dr. Friedrich Edding, hat die Organisationsanalyse beispielhaft vertiefend dargestellt (siehe Abbildungen S. 32). Abgeleitet daraus ergeben sich Folgerungen für das Motivationsmanagement, die dem Scientific Management gegenüberzustellen sind:

- Benennt das Scientific Management, dass es für jede Arbeitsaufgabe nur eine beste Arbeitsmethode gibt, hängt beim Motivationsmanagement die „beste Arbeitsmethode“ stark vom einzelnen Mitarbeiter ab.
- Im Scientific Management gilt: Je mehr Arbeitsteilung, umso mehr Produktivität. Im Motivationsmanagement kann eine starke Arbeitsteilung Monotonie bewirken und die Produktivität vermindern. Die Konsequenz bedeutet, die Arbeitszyklen zu verlängern.
- Für das Scientific Management heißt es, dass der Arbeiter nur durch Geld motiviert werden kann und was im Weiteren nicht kontrolliert wird, wird auch nicht ausgeführt. Das Motivationsmanagement geht im Gegensatz dazu davon aus, dass der Arbeitsinhalt die treibende Kraft ist und Verantwortungsgefühl und Selbstständigkeit die Leistungsbereitschaft verstärken. Die in der Automobil- und Zulieferindustrie eingesetzten ergonomischen Bewertungskriterien reichen nicht aus, um die psychophysischen Beanspruchungen angemessen zu berücksichtigen. In den Planungsrichtlinien fehlt außerdem

die Aufforderung zu einer intensiven Auseinandersetzung mit Möglichkeiten der Taktentkopplung, um älteren Mitarbeitern einen individuelleren Arbeitsrhythmus zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang sind altersdifferenzierte Arbeitszeitmodelle zu diskutieren, um die Teilhabe am Erwerbsleben zukunftssicher zu gestalten. Eine wichtige Maßnahme dazu stellt bei Porsche die Vereinbarung lebensphasenorientierter Arbeitszeitmodelle dar, die eine größere Flexibilität und Wahlfreiheiten für individuelle Lebenssituationen der Beschäftigten bringen.

Der ökonomische Erfolg, d.h. Kennzahlen über Produktivität, Innovation, Qualität, Anwesenheit und Arbeitssicherheit, sind die Folge von Leistungsbereitschaft und -fähigkeit der Mitarbeiter. Diese generieren sich aus Unternehmens- und Sicherheitsklima, Unterstützung durch Führung und Kollegen, Arbeitscharakteristika, Arbeitsumgebung, psychische Fehlbelastung und durch Strukturen, Strategien sowie Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Das hat zudem moderierenden Einfluss bei der Etablierung definierter Arbeitsplätze für den adäquaten Mitarbeiterinsatz bei einsatzkritischer Leistungswandlung und bei der Berücksichtigung altersbedingter Veränderungen der Leistungsfähigkeit in Beschäftigungs- und Qualifizierungskonzepten. Ebenso kann durch das Training körperlicher Fertigkeiten, die Ausschöpfung des Präventionspotenzials der „worksites preventable diseases“, durch Screenings und betriebliche Gesundheitsförderung ein vermittelnder Beitrag für gesundheitsbezogenes Wissen und Verhalten geleistet werden. Darüber hinaus hat das BGM einen eigenen Beitrag zur Weiterentwicklung der medizinischen und betrieblichen Rehabilitation im Sinne der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zu leisten.

- So steigt der Work Ability Index (WAI) über die Altersgruppen von 20 bis 60 Lebensjahren, wenn bei der Schichtplangestaltung die neuesten arbeitswissenschaftlich empfohlenen Erkenntnisse berücksichtigt werden. Unternehmen mit traditionellen, ungünstigen Schichtplänen schneiden deutlich schlechter ab. Der WAI ist ein Messinstrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen und zeigt auf, inwieweit ein Arbeitnehmer angesichts seiner persönlichen Voraussetzungen sowie angesichts der bei ihm vorliegenden Arbeitsbedingungen in der Lage ist, seine Arbeit zu verrichten. Ziel der Anwendung in Betrieben ist die Förderung bzw. Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten.

Verhältnisprävention

	„ungesunde“ Organisation	„gesunde“ Organisation
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • autoritärer Führungsstil • steile Hierarchie • Misstrauenskultur • Intransparenz von Entscheidungen • geringe Handlungs- und Mitwirkungsspielräume • hohe Arbeitsteilung, Spezialisierung • hoch fragmentierte Arbeitsabläufe • keine/unzureichende Weiterbildungsmöglichkeiten • keine Mitarbeiterbeteiligung • starre Arbeitszeitmodelle • keine Kommunikation über Unternehmensstrategie und -ziele • kein Gesundheitsleitbild 	<ul style="list-style-type: none"> • partizipativer Führungsstil • flache Hierarchie • Vertrauenskultur • Transparenz von Entscheidungen • prozessorientierte Arbeitsorganisation • Teamarbeit • Weiterbildungsmöglichkeiten • regelmäßige Mitarbeiterbefragung • flexible Arbeitszeitmodelle • umfassende Kommunikation über Unternehmensstrategie und -ziele • Gesundheitsleitbild • integriertes Gesundheitsmanagement

Quelle: Friedrich Edding, 1997



Verhaltensprävention

	„ungesunde“ Organisation	„gesunde“ Organisation
Person	<ul style="list-style-type: none"> • verbreitete Hilflosigkeitsgefühle • niedriges Selbstwertgefühl • geringe Arbeitszufriedenheit/Motivation • innere Kündigung • soziale Kompetenz wenig ausgeprägt • Management-Kompetenz wenig ausgeprägt • schlechte körperliche Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> • psychosoziales Wohlbefinden (wenig Angst/Hilflosigkeit) • hohes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • hohe Arbeitszufriedenheit • hohe Motivation • hohe Bindung aus Unternehmen • soziale Kompetenz
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Absentismus hoch • hohe Fluktuation • geringe Flexibilität, Innovationsbereitschaft • Individuelles Konkurrenzstreben • hohe Genussmittelkonsum (Rauchen, Alkohol) • riskanter Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • hohe Anwesenheitsquote • niedrige Fluktuationsrate • hohe Flexibilität, Innovationsbereitschaft • gegenseitige Unterstützung • geringer Genussmittelkonsum (Rauchen, Alkohol) • gesunder Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.)

Quelle: Friedrich Edding, 1997



Die Organisationsanalyse nach Friedrich Edding geht der Frage der Verhältnis- und der Verhaltensprävention auf der Ebene der Organisation und der des Mitarbeiters nach.

Ein noch nicht ausreichend genutztes Themenfeld ist die Trainingsberatung kognitiver Fähigkeiten und Fertigkeiten durch lernförderliche Arbeitsgestaltung, z.B. durch die Bildung altersgemischter Teams oder Tandems. Harald Welzer fordert, dass nicht Effizienz handlungsleitend sein könne, sondern Achtsamkeit und Resilienz, um ein „permanentes

Lernen in einer Umgebung, die in ständiger Veränderung begriffen ist“, zu ermöglichen.

Empirische Studien rechtfertigen die Annahme, dass Arbeitsprozesse, die einerseits hohe Anforderungen an die Geschwindigkeit, Merkfähigkeit und das Lösen neuer Probleme stellen, andererseits einen Überblick über sehr

unterschiedliche Bereiche und Abläufe sowie eine intensive Kooperation erfordern, von altersgemischten Teams besser bewältigt werden als von altershomogenen Teams. Ältere bewerten die Zusammenarbeit mit Jungen als wertvollen Anstoß zur Reflexion und Erweiterung ihrer Wissenssysteme und als kreativitätsförderliche Handlungs- und Unternehmensstrategie. Jüngere betrachten die Kooperation mit Älteren in der Regel als Gewinn, besonders in Bezug auf die Mentorenschaft, die vor allem für Berufseinsteiger eine bemerkenswerte Form der Unterstützung darstellt.

Aus der demografischen Debatte heraus ergeben sich also insbesondere altersdifferenzierte Fragestellungen für:

- lernförderliche Arbeitsgestaltung, z.B. durch Arbeitsanreicherung, altersgemischte Teams oder Tandems
- die Erarbeitung von betrieblichen Qualifizierungsplänen für alle Altersgruppen
- altersgerechte Didaktiken, d.h. Weiterbildungsmöglichkeiten speziell für ältere Mitarbeiter z. B. zu neuen Technologien
- betriebsinterne Weiterbildungsberatung, einschließlich Weiterbildungs-Coaching.

IV. Maßnahmenverschaltung interner und externer Akteure

Die Palette an Angeboten in großen deutschen Unternehmen reicht heute von der Einrichtung psychosomatischer Sprechstunden durch externe Leistungserbringer – Indikationsstellung erfolgt durch den Werkarzt –, betriebsinterne Kommunikationsmittel wie Intranet, Mitarbeiterzeitung, Gesundheitsaktionswochen mit entsprechenden Themenschwerpunkten bis zu Schulungen durch interne und/oder externe Spezialisten.

Früherkennung verminderter psychischer Belastbarkeit ist heute besonders für die Führungskräfte ein unerlässlicher Bestandteil des betrieblichen Gesundheitscoachings. Die Porsche AG hat 2010 systematisch mit der Schulung zum Thema „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ begonnen. Der zweitägige Workshop wird außerhalb des Firmengeländes durchgeführt. Lehrkräfte sind ein externer Psychologe, der Betriebsarzt und der Sozialarbeiter des Unternehmens. Am ersten Tag geht es im Wesentlichen um das Kennenlernen von Krankheitsbildern und deren Frühwarnzeichen. Betont wird die Verantwortung der Führungskräfte, deren Aufgaben in diesem Zusammenhang und die Erwartungen an sie. Dazu wird die Unterstützungsmöglichkeit durch Rollenträger im Unternehmen

benannt und beispielhaft vorgeführt. Schließlich werden Gesprächsführung und ein Gesprächsleitfaden thematisiert.

Am zweiten Tag wird auf die Abwesenheit betrieblicher Funktionsträger geachtet, damit Führungskräfte insgesamt unbefangen ggf. auch mit persönlichen Themen umgehen können.

Schwerpunkt sind Charakteristika einer gesunden Teamstruktur, die psychisch entlastende Führung und damit ein gesunder Führungsstil. Dabei werden wertvolle Materialien – erarbeitet unter anderem durch die im Steuerkreis repräsentierten Arbeitgeberverbände, DGB und IG Metall – als Handouts benutzt und können im Übrigen allgemein für Unternehmen als App kostenlos für Tablet Computer heruntergeladen (www.inqa.de) bzw. auf der Intranetseite platziert werden.

Gutes Führungsverhalten und gute Arbeit von Vorgesetzten ist der einzig hoch signifikante Faktor, für den eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem 51. und 62. Lebensjahr nachgewiesen wurde.

Das Trendbarometer des Instituts für angewandte Arbeitswissenschaft (ifaa) bestätigt die hohe Bedeutung des Führungsmanagements. Die Bewertung von Einzelthemen priorisiert über alle Betriebsgrößen in absteigender Reihenfolge Themen wie Arbeitszufriedenheit, kontinuierliche Verbesserungsprozesse, Arbeitsflexibilität, arbeitsbezogene psychische Belastungen noch vor ergonomischer Arbeitsgestaltung, gesetzlichem Arbeits- und Gesundheitsschutz, Leistungsentgelt und Einsatz von Werkverträgen.

Das Führungskapital – gekennzeichnet durch Begriffe wie Mitarbeiterorientierung, Fairness und Gerechtigkeit, Respekt, Vertrauen, sozialer Kontrolle – fungiert als Bindeglied für das Überzeugungs- und Wertekapital eines Unternehmens, charakterisiert durch Begriffe wie gemeinsame Normen und Werte, Konfliktkultur, Kohäsion im Betrieb, Gerechtigkeit, Wertschätzung und Vertrauen. Zusammen mit dem Netzwerkkapital – sozialer „Fit“, soziale Unterstützung – fußt das Sozialkapital von Unternehmen auf diesen drei Säulen, die unmittelbar auf die Gesundheit der Mitarbeiter und damit den Geschäftserfolg einwirken.

In einer gemeinsamen Erklärung zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt (www.bmas.de, 2. September 2013) haben das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BDA und DGB ihr gemeinsames Grundverständnis in zehn Aspekten für eine erfolgreiche Arbeitsgestaltung, Prävention und Wiedereingliederung herausgestellt. Im Anhang findet man beispielhafte Auszüge der Leitlinie der

Kurzverfahren Psychische Belastung (KPB)

Quintessenz	KPB wurde vom Institut für angewandte Arbeitswissenschaften entwickelt und entspricht den Anforderungen nach DIN EN ISO 10075, Präzisionsstufe 3 (Orientierungszweck). Es erfüllt alle normativen Gütekriterien in der vom Gesetzgeber geforderten Gefährdungsbeurteilung im Rahmen des ArbSchG. Ausrichtung auf Anwendung durch betriebliche Experten zur Belastungsermittlung (fundiert auf Belastungs-Beanspruchungs-Konzept).
Methoden	Beobachtung (Fremdeinschätzung), mündliche Befragung (Selbsteinschätzung)
Itemanzahl	4 Checklisten <ul style="list-style-type: none"> • Stress: 10 • psychische Ermüdung: 10 • Monotonie: 10 • psychische Sättigung: 10
Beschreibung/ Quellen	BAuA: http://www.baua.de , Verfahren der Toolbox Ifaa e.V.: http://www.arbeitswissenschaft.net/ , ifaa KPB-App (Download) und Broschüre (Shop)

Quelle: Hofmann, A.; Keller, K.-J.; Neuhaus, R. (2002)



Gegenwärtig entspricht nur das „Kurzverfahren Psychische Belastung“ (KPB) der DIN EN ISO 10075. Allerdings haben diese ISO-Normen keinen verpflichtenden Charakter.

Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Jahr 2012 zu möglichen kritischen Ausprägungen für die Merkmalsbereiche „Arbeitsinhalt und -aufgabe“ sowie zur „Arbeitsorganisation“ und „soziale Beziehungen“ (Kollegen, Vorgesetzte). Also ist auch die Durchführung einer psychischen Gefährdungsbeurteilung für deutsche Unternehmen ein Gebot der Stunde, um in Zukunft wettbewerbsfähig zu bleiben.

Mit dem REBA-Verfahren der Bundesanstalt für Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin (BAuA), das bei der Porsche GmbH in Leipzig durch das Gesundheitsmanagement zusammen mit der Vereinigung der Metallberufsgenossenschaften 2006 modellhaft eingesetzt wurde, konnte gezeigt werden, dass die arbeitsorganisatorischen Abläufe an ausgewählten Takten eines Teams nahezu optimal sind. Insbesondere ist dabei die Lern- und Persönlichkeitsförderung betroffen, d.h. alle Fragen der Kommunikation und Kooperation, Informationsprozesse, der Grad der Beteiligung und die Vorhersehbarkeit.

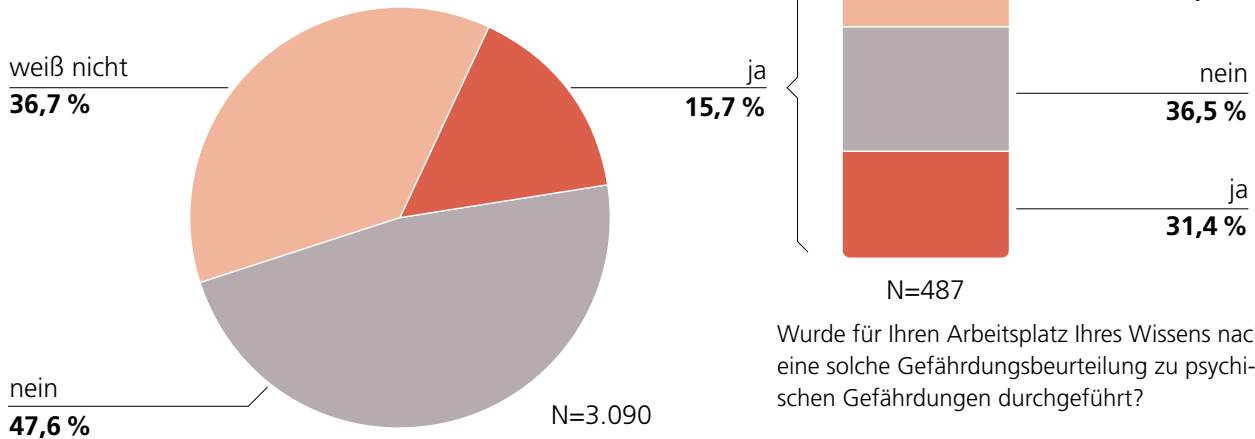
Negativ bewertet wurden Zykluswechsel, zeitlicher und inhaltlicher Spielraum. Seinerzeit wurde das Fazit gezogen, dass weitergehende Untersuchungen mit ergänzenden Verfahren erforderlich sein werden, um die Aussagefähigkeit des Analysetools noch weiter zu verbessern, da u.a. einige

Bewertungen an die konkreten Produktionsbesonderheiten anzupassen sind. Im weiteren Verlauf entwickelte das Betriebliche Gesundheitsmanagement für Porsche Leipzig im Jahr 2012 dazu das Modell „Porsche Teamorientierte Gesundheitsförderung“ (PTOG). Konzeptuell wurde es von einem Gremium bestehend aus Personalreferenten, Vorgesetztem (Meister), Bereichsbetriebsrat und Betriebsarzt gesteuert. Um Anonymität und damit Akzeptanz zu gewährleisten, wurde ein externer Arbeitspsychologe moderierend am Prozess beteiligt. Die übliche Teamgesprächszeit in der Montage wurde für einen Erhebungsworkshop genutzt.

Neben schriftlichen anonymen Befragungen mittels erweitertem IMPULS-Fragebogen (www.impulstest.at) wurden Zusatzitems zu erlebter beruflicher Belastung und Gesundheitszustand erhoben sowie offene Fragen zu positiven/negativen Aspekten der Arbeit in Gruppendiskussion im jeweiligen Arbeitsbereich moderiert sowie Maßnahmen zu Schwerpunktthemen nach Feedbackworkshops als Verbesserungsvorschläge herausgearbeitet und den Mitarbeitern bekanntgegeben. Der Grad der Umsetzung getroffener Maßnahmen wurde nach einem Jahr gespiegelt und zeigte, mit nur wenigen Ausnahmen, teilweise erhebliche Verbesserungen für die untersuchten Teams im

Psychische Gefährdungsbeurteilung

Führt Ihr Arbeitgeber, zumindest an einigen Arbeitsplätzen, Gefährdungsbeurteilungen unter Einschluss von psychischen Gefährdungen durch?



Wurde für Ihren Arbeitsplatz Ihres Wissens nach eine solche Gefährdungsbeurteilung zu psychischen Gefährdungen durchgeführt?

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.



Anteil der Beschäftigten, deren Arbeitgeber eine Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Gefährdungen durchführt. Derartige Befragungen können nur in einem gesicherten anonymen Rahmen stattfinden.

direkten und indirekten Bereich der Logistik, unter anderem in Bezug auf arbeitsorganisatorische, inhaltliche, kommunikative und soziale Rahmenbedingungen.

Viele Akteure präsentieren auch im Internet diesbezügliche Werkzeuge – hauptsächlich in Form von Fragebögen. Aktuell entspricht nur das „Kurzverfahren Psychische Belastung“ (KPB) der DIN EN ISO 10075. Dabei muss betont werden, dass DIN EN ISO Normen einschließlich VDI/VDE-Richtlinien keinen verpflichtenden Charakter haben. Bei der Novellierung der Betriebssicherheits-, Arbeitsstätten- und arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung wird die explizite Berücksichtigung psychischer Aspekte zu erwarten sein.

Sehr konkret benennen bislang lediglich die Aufsichtsbehörden Bund, Länder und Unfallversicherungsträger in ihrer gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA)-Leitlinie die Überwachung psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Allerdings stellt sich hier die Frage, ob psychische Belastung/Beanspruchung die aus zwischenmenschlichen Verhalten und Erleben resultiert, für eine Regulierung oder Normierung überhaupt geeignet sein kann wie psychische Aspekte, die sich aus Mensch-Technik-Interaktion, Arbeitsorganisation und -gestaltung ergeben. Die

Frage darf erlaubt sein, inwieweit Mitarbeiterbefragungen zur direkten und validen Messung psychischer Belastungsfaktoren (Höhe und Dauer) geeignet sind?

Als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bieten unter anderem die Berufsgenossenschaften branchenspezifische Handlungsempfehlungen für die betrieblichen Funktionsträger und Beschäftigten in Form von Medien und betrieblichem Coaching durch eigens geschulte Berater und modularen Einzelmaßnahmen an. Maßnahmen dieser Art tragen zu einer Risikominimierung auch psychischer Fehlbelastung am Arbeitsplatz bei, wenn deren Vorstufen durch rechtzeitiges Monitoring detektiert und damit vermieden werden können. Da der Datenschutz und die Individualität nicht nur aus Akzeptanzgründen für die Mitarbeiter gewährleistet sein müssen, können Befragungen nur in einem gesicherten anonymen Rahmen stattfinden.

V. Netzwerkpartner für medizinisch-betriebliche Rehabilitation

Parallel zu den Primärpräventionsfeldern der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Sekundärprävention durch Früherkennung, arbeitsmedizinischen Vorsorge und tägliche Sprechstundenangebote in der Arbeitszeit als „Stay

at Work“-Maßnahmen, wird als tertiärpräventive Maßnahme das gesetzlich vorgeschriebene betriebliche Eingliederungsmanagement (Paragraf 84.2 SGB IX) über Integrationsteams regelmäßig durchgeführt. Im „Return to Work“-Verfahren wird die gestufte Wiedereingliederung (Paragraf 74 SGB V / Paragraf 28 SGB IX) Mitarbeitern arbeitsplatzbezogen angeboten.

Angestoßen werden kann dieser Prozess auch durch die Krankenkassen. Paragraf 5 Abs. 5 der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien fordert die frühzeitige Meldung auch arbeitsbezogener Schwierigkeiten für die weitere Beschäftigung als Meldung durch den Kassenarzt. Paragraf 7 Abs. 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ermöglicht den weiteren Verfahrensweg insofern, als die Krankenkasse mit Zustimmung des Versicherten eine Prüfung beim Arbeitgeber anregen kann, ob für den Gesundheitszustand des Versicherten eine unbedenkliche Tätigkeit möglich ist. Zur Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit werden den Mitarbeitern medizinische oder berufliche Rehabilitationsleistungen als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz (Paragraf 33 SGB IX) über die Rentenversicherung/Krankenkassen vermittelt.

In diesem Zusammenhang hat Porsche im April 2006 mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der BFW Bad Wildbad gGmbH einen Kooperationsvertrag zum Integrationsmanagement nach Paragraf 84 SGB IX geschlossen, der auch Mitarbeiter mit psychischen Problemen miteinbezieht. Die Kooperation verfolgt dabei das Ziel, den Prozess eines erkrankten Mitarbeiters mit der Folge einer drohenden oder eingetretenen Gefährdung seiner beruflichen Perspektiven bis zu einer Sicherung des Arbeitsplatzes zu systematisieren und zu beschleunigen. Durch eine frühzeitige Zusammenarbeit aller Beteiligten wird eine schnelle und individuelle berufliche Rehabilitation übereinstimmend mit den Unternehmensinteressen gesichert. Dementsprechend werden Arbeitsunfähigkeitszeiten und psychische Belastungen auf Grund der beruflichen Unsicherheit der Betroffenen vermieden.

In Deutschland werden unterschiedliche Ansätze mit der gleichen Kernzielrichtung medizinisch beruflicher Teilhabe am Arbeitsleben sichtbar:

- Der Handlungsansatz RehaFutur (www.rehafutur.de) der DRV Westfalen/RWTH Aachen stellt eine innovative und zukunftsorientierte Weiterentwicklung der rehabilitativen Versorgung eines Rentenversicherungsträgers dar. Akteure und Beteiligte profitieren von

Forschungsschwerpunkt „Gesundheitsmanagement“

- Welche Stellhebel/Maßnahmen sind nachhaltig wirksam im Gesundheitsmanagement?
- Anreiz-Systeme für Gesundheitsbewusstsein (Beschäftigte)
- Anreiz für freiwilliges Gesundheitsmanagement (Arbeitgeber)
- Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung hinsichtlich Datenschutz und Standardisierung (z.B. WAI, Gesundheits- Balanced-Scorecard)
- Forschungsschwerpunkt „Personalentwicklung“
- Wie können systematische Wechsel von Arbeitsaufgaben (zumeist horizontal) arbeitsorganisatorisch bewältigt werden?
- Wie wird das Wissen Einzelner (im Laufe der Zeit spezialisierter Experten) in Standards für die Organisation überführt (Wissenssicherung und Risikomanagement)?
- Wie müssen rechtliche Arbeitsbedingungen vor diesem Hintergrund ausgestaltet werden?

Quelle: Sascha Stowasser, 2012



Arbeitswissenschaftlicher Forschungsbedarf zum Themenkomplex der Leistungsfähigkeit von Beschäftigten.

einer intensiven Kooperation und Vernetzung, so dass Steuerung und Organisation des Wiedereingliederungsprozess erheblich optimiert werden können.

- Der Modellversuch zur Verzahnung medizinisch-beruflicher orientierter Reha (MBOR) ist durch die Rentenversicherung Nord mit dem Verband der Betriebs- und Werkärzte 2012 zur Zusammenarbeit bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben begonnen worden. Der Betriebsarzt als Initiator des Reha-Antrages und Lotse der Wiedereingliederung nimmt dabei eine zentrale Stellung ein.

Darüber hinaus haben in Baden-Württemberg die gesetzlichen Krankenkassen AOK und BKK Bosch mit dem Medi-Verbund und Berufsverbänden 2011 einen Selektivvertrag zur besseren Versorgung psychisch Kranker in den Fachgebieten, Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie (PNP) auf Grundlage von Paragraf 73 c SGB V – übrigens auf Betreiben der Leitenden Ärzte von Bosch und Porsche – geschlossen. Über die Einschreibung der Patienten wird eine beschleunigte, fachlich spezifische Behandlung psy-

chischer Problemdiagnosen durch individuelle betriebsärztliche Sprechstundentermine ermöglicht, ohne dass längere Intervallzeiten resultieren. So muss beispielsweise eine psychotherapeutische Praxis, die an dem PNP-Vertrag teilnehmen will, mindestens acht Therapiestunden pro Woche für Akutfälle bereithalten.

Für Beschäftigte, die an einer psychischen Störung erkrankt sind, ist eine fachliche Versorgung durch Experten sehr wichtig. Dabei stellt die Qualifikation des Betriebsarztes, der in diesem Zusammenhang eine Lotsenfunktion übernimmt, eine wichtige Rolle. Dieser muss die Störung rechtzeitig erkennen, intervenieren und an Experten weitervermitteln.

Ein weiteres Beispiel zur präventiven Erwerbsfähigkeits-sicherung wird aktuell über ein gemeinsames Programm – genannt BalancePLUS – der DRV/Baden-Württemberg und Bund für betriebliche Mitarbeiter regional angeboten. Ziel ist die Förderung individueller Aktivitäten zum Abbau von Risikofaktoren, die Bewältigung beruflicher und sozialer Belastungsfaktoren, die Erarbeitung von Wegen zur Lebensstiländerung, schließlich die Stärkung eigener Ressourcen. Basis hierfür bildet das Grundlagen- und Trainingsmanual des Züricher Ressourcenmodells. Über einen niedrigschwelligen, betriebsärztlichen Sprechstundenzugang wird der Präventionsbedarf in einem Befundbericht für die Rentenversicherung dokumentiert und vermittelt. Es schließt sich eine einwöchige, stationäre Phase mit Einzel-Coaching, Gruppenarbeit, Sport- und Bewegungstherapie in der Rehaklinik Glotterbad an. Die ambulante Anschlussphase besteht aus wöchentlichen Treffen im psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationszentrum (PPRZ) in Stuttgart. Sechs Monate nach Beginn der stationären Initialphase findet an einem Wochenende in Glotterbad der gemeinsame Abschlussworkshop statt.

VI. Herausforderungen der Zukunft

Die Arbeitswissenschaft hat Defizite herausgestellt, um unterstützend zusätzlich multidimensionale Fragestellungen interner und externer Ursache-Wirkungsbeziehung psychischer Belastungsfaktoren zu klären. Die Aufklärung über das Wechselspiel von Lebens- und Arbeitswelt hat erst begonnen, ebenso wie die Antwort auf langfristige Beanspruchungsfolgen und deren Diagnostik.

Schlüsselqualifikationen für Unternehmen von morgen verlangen vor allem das Vorhandensein psychosozialer Kompetenzen aller Beteiligten, des zukünftigen Führungs-

personals und der Mitarbeiter. In unserer technisierten, hektischen und leistungsorientierten Gesellschaft drohen sonst entsprechende Fähigkeiten abhanden zu kommen, gemeinsam miteinander nach tragfähigen Lösungen für die Bewältigung gegenwärtiger und zukünftiger Herausforderungen suchen zu können.

Der Hirnforscher Harald Hübner beschreibt die Fähigkeit, sich erfolgreich Herausforderungen zu stellen als keineswegs angeboren oder gar zufällig. Wie gut die Ausformung der Metakompetenzen gelingt, liegt in der Hand derer, die das Umfeld eines jungen Menschen und des Erwachsenen gestalten und mit ihm in einer emotionalen Beziehung stehen. Hier ergibt sich ein Handlungsschwerpunkt auch für Unternehmen, die die Zukunft gewinnen wollen.

E-Mail-Kontakt: Kay.Grossmann@porsche.de

DR. MED. KAY GROßMANN



Dr. Kay Großmann – Jahrgang 1952 – hat bis 1980 Humanmedizin an den Universitäten Mainz und Trier studiert und ist seit 1986 Leiter des Gesundheitsmanagements der Dr. Ing. h.c. F. Porsche AG in Stuttgart. Verhältnis- und verhaltenspräventive Themen in der betrieblichen Praxis bilden die Schwerpunkte des Facharztes für Allgemein- und Arbeitsmedizin mit der Zusatzbezeichnung Flug-, Sport- und Umweltmedizin. Großmann ist Dozent an der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie und der Technischen Akademie TAE Esslingen Baden-Württemberg und Autor zahlreicher Fachbeiträge. Er wurde mehrfach durch den Wissenschaftsrat als arbeitsmedizinischer Sachverständiger im Rahmen der Begutachtung für die Ressortforschung der Bundesregierung berufen. 2003 hat Großmann die Ehrlich-Behring Medaille für besondere Verdienste in der Deutschen Gesellschaft für Immunologie erhalten.



Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen

Psychische Belastung im Betrieb – Lösungsansätze aus Arbeitnehmersicht

DR. HANNS PAULI, REFERATSLEITER FÜR ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ BEIM DGB, BUNDESVORSTAND



Es ist gut, dass das Thema psychische Belastung und ihre körperlichen und seelischen Konsequenzen weite Kreise zieht. Die übergreifende Debatte über Sozialversicherungszweige, Professionen und politische Organisationen hinweg ist sehr zu begrüßen. Als das Thema in den Gewerkschaften an Bedeutung gewann, war das Interesse geringer und weit weniger konkret an politische Handlungsalternativen geknüpft als heute. Heute wird darüber gestritten, ob wir eine Anti-Stress-Verordnung brauchen, wie konkret Prävention und Therapie verbessert werden können und wer dabei für was verantwortlich ist. Die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung und die staatliche Gewerbeaufsicht wollen beispielsweise im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie Beiträge zur Lösung der gravierenden Probleme leisten. Die Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände haben sich zudem durch eine Erklärung von BDA und DGB auf ein gemeinsames Vorgehen zum Themenfeld psychische Belastung / psychische Gesundheit verständigt. Weitere Umsetzungsschritte sollen folgen.

Belastung und Erkrankung: Beides steht im Fokus

Die Diskussion darüber, wie das Problem genau zu benennen ist, führt unmittelbar zum Kern des Themas: Geht es um die psychische Belastung von Menschen oder um deren psychische Erkrankung? Hier bleiben viele unscharf. Das neue Arbeitsschutzgesetz berücksichtigt zweierlei: „psychische Belastungen“ und „psychische Gesundheit“.

Auf der Erkrankungsseite geht es um die seelische Gesundheit von Menschen, um die Abwesenheit psychischer Erkrankungen und die Abwesenheit von „Vorformen“, richtigerweise also auch um die Herstellung von Wohlbefinden und gute Arbeit. Sicher geht es aber auch um den Umgang mit erkrankten Beschäftigten, deren Schutz, Entstigmatisierung und Wiedereingliederung.

Auf der anderen Seite artikulieren auch viele „gesunde“ Menschen, dass der Druck am Arbeitsplatz immer größer wird, dass immer mehr in gleicher Zeit gearbeitet werden soll, dass die Belastung am Arbeitsplatz Risiken auslöst, die zu Unzufriedenheit, aber auch zu Erkrankungen, nicht nur psychischen, führt. Die Ausgestaltung der Belastung der Beschäftigten, Arbeitszeit, Organisation und Gratifikation sind dabei zentrale Faktoren für die Prävention.

Zwischen beiden Themen gibt es Beziehungen, auch wenn nicht jede psychische Erkrankung auf Stress oder Monotonie zurückgeführt werden kann. Diese Diskussion ist spannend und sie fordert die Gesellschaft zum Handeln heraus. Viele gesellschaftliche Kräfte und Berufsgruppen wollen und müssen mitarbeiten. Denn das ausgelöste Leid und auch die nachfolgenden Kosten sind groß. Viele Menschen in den Betrieben erleben täglich schlechte und pre-

käre Arbeitsbedingungen. Insofern sind von den Gewerkschaften auch Beiträge zur Lösung zu erwarten, und zwar auf beiden Seiten – bei der Gestaltung von Belastungen, aber auch beim Umgang mit und der Unterstützung von erkrankten Beschäftigten.

Die Dimension des Problems

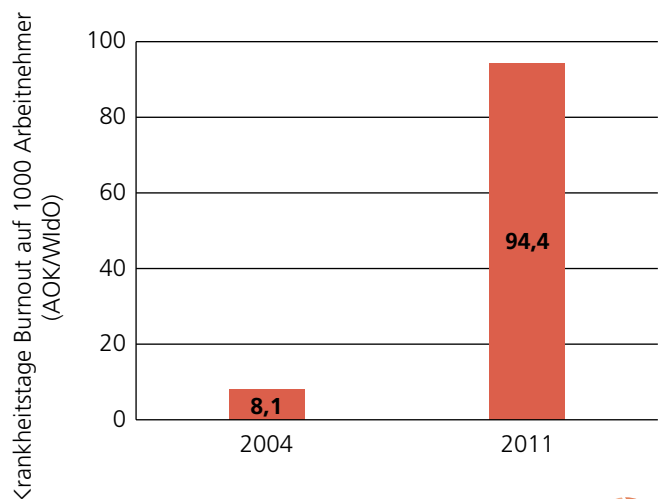
In den letzten Jahren ist klarer geworden ist, wie groß die Dimension des Problems ist. Aus Daten der Krankenkassen wird deutlich, dass fast alle Beschäftigten im Laufe ihres Lebens irgendwann einmal mit einer psychischen Erkrankung konfrontiert werden. Daneben steht der Befund, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei psychischen Erkrankungen massiv gestiegen ist. Für die Zusatzdiagnose „Burnout“ gilt dies in noch extremerer Form.

Als die Gewerkschaften die Arbeitgeber mit dem Ausmaß dieser Entwicklung konfrontiert haben, wurde das Problem zunächst negiert und behauptet: Wir haben damit nichts zu tun. Die wachsende Zahl an Diagnosen liege lediglich daran, dass es jetzt mehr Therapeuten gibt als früher. Zudem seien psychische Erkrankungen nicht arbeitbedingt, sondern vornehmlich genetisch verursacht, lautete die Argumentation.

Auch wird seitens der Arbeitgeber behauptet, der Anstieg sei im Grunde genommen nicht auf Änderungen im Arbeitsleben zurückzuführen, sondern es werde anders diagnostiziert. Patienten mit Erkrankungen, die früher eine somatische Diagnose erhalten haben, würden jetzt dem psychischen Bereich zugeordnet. Auch dies macht das Problem nicht kleiner.

Ich bin nach wie vor der Meinung, dass es sich um einen wirklichen Anstieg handelt, auch weil die Zahl der

AU-Tage durch Burnout-Erkrankungen

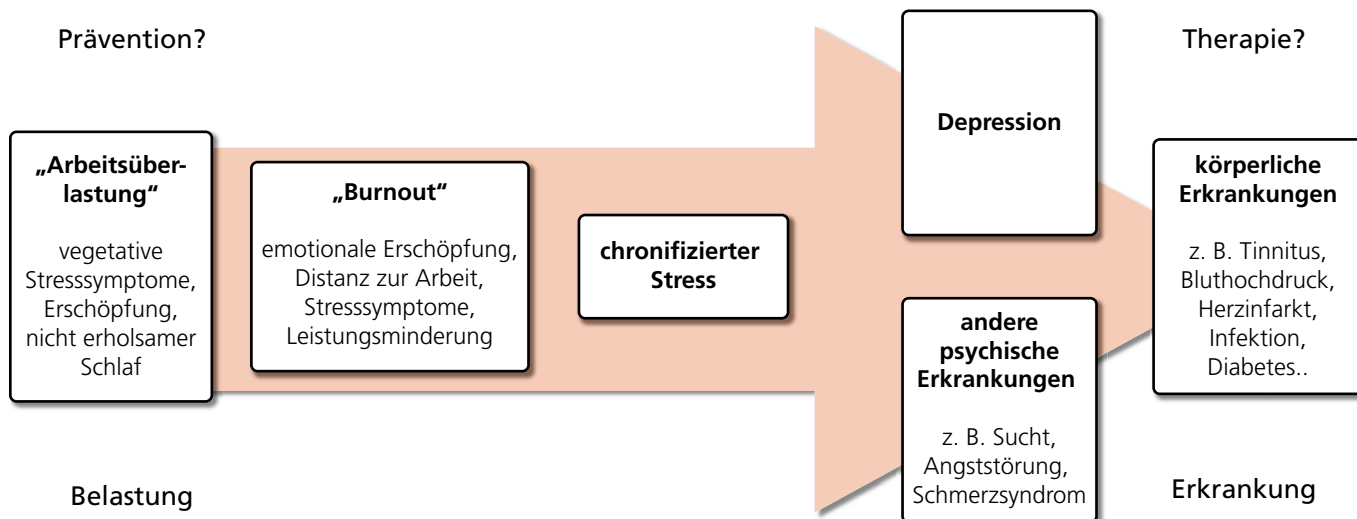


Im Vergleich zu 2004 hat sich bis 2011 die Zahl der AU-Tage aufgrund der Diagnose Burnout rund verzehnfacht.

arbeitsbedingten Frühverrentungen so stark gestiegen ist. Ich denke, dass die Rentenversicherung relativ genau prüft, woran es liegt, wenn jemand eine Rente möchte – und hier gibt es eine erstaunliche Dynamik bei psychischen Erkrankungen.

Auch die Zahl der Erkrankungen, bei denen die Zusatzdiagnose Burnout aufgeführt ist, belegt den Handlungsbedarf. Im Jahr 2004 entfielen auf 1000 Beschäftigte 8,1 Krankheitstage mit dieser Zusatzdiagnose. Im Jahr 2011 wurden bereits 94,4 Krankheitstage auf 1000 Beschäftigte registriert, also eine Verzehnfachung. Das sind nach Angaben der AOK 2,6 Millionen Fehltag pro Jahr.

Arbeitsüberlastung und ihre möglichen Folgen



Quelle: Schramm/Berger, Der Nervenarzt 2013. S.817 (818)



Die Belastungskette von Arbeitsüberlastung bis hin zu psychischen und somatischen Erkrankungen zeigt sich besonders deutlich bei der Schichtarbeit.

Vor allem sollte man es ernst nehmen, wenn Ärzte vermehrt sagen, sie sähen arbeitsbedingte Einflüsse, die zu der Erkrankung beitragen, die das Leistungsvermögen in Frage stellen und bei immer mehr Menschen das Ende jeder beruflichen Tätigkeit herbeiführen. Wegzudiskutieren ist das Problem jedenfalls nicht.

Das tun auch die Arbeitgeber nicht mehr. Allerdings haben sie lange Zeit sich geweigert, präventive Ansätze zu verfolgen oder zu unterstützen. 2011 hatte die Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) die Untätigkeit der Arbeitgeber noch damit begründet, dass ihr keine präventiven Möglichkeiten zur Verfügung stünden. Die psychische Gesundheit hänge etwa vom Selbstwertgefühl des Menschen ab, dem persönlichen Umfeld oder den sozialen Kontakten. Auf diese Faktoren, so die BDA, habe der Betrieb Einfluss, da sie privater Natur seien.

Das kann natürlich nicht richtig sein, denn viele Beschäftigte verbringen mindestens acht Stunden des Tages im Betrieb. Was mit ihnen dort geschieht, ist sehr wichtig für ihr Selbstwertgefühl. Ihr Verhalten kann dort beeinflusst werden und auch die Zahl der sozialen Kontakte hängt damit zusammen, wie die Arbeitsbedingungen beschaffen sind. In Betrieb und Dienststelle geht es um die

Ausgestaltung psychosozialer Beziehungen, ungünstig gelegene oder zu lange Arbeitszeiten, um Arbeitsaufgabe, Arbeitsorganisation, Arbeitsintensität, Ergonomie, um lange Pendelzeiten, die krank machen oder um Gratifikationen. Diese Liste ließe sich fortsetzen.

Überdeutlich zeigt sich der arbeitsbedingte Anteil psychischer Erkrankungen bei Schichtarbeit. Nachtschichtarbeiter haben nach einer Langzeitstudie aus Großbritannien ein sechs Mal so hohes Depressionsrisiko wie Beschäftigte, die nach einem regelhaften Arbeitszeitmodell arbeiten (Bara/Arber (2009), Working shifts and mental health – findings from the British Household Panel Survey (1995-2005) Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, S. 361).

Der arbeitsbedingte Anteil an diesen Erkrankungsbildern existiert also. Das bedeutet, dass Gewerkschaften und Arbeitgeber und mit ihnen auch die Betriebs- und Personalräte Einflussmöglichkeiten haben, die sie nutzen müssen.

Zielgruppen

Wo müssen die betrieblichen und außerbetrieblichen Akteure ansetzen? Es gibt besonders gravierende Missstände in bestimmten Berufsgruppen. Ärztinnen und Ärzte arbei-

ten lang, vielfach aber mit größerem Handlungsspielraum und größerer Gratifikation. Im Gesundheits- und Sozialwesen sind beispielsweise Pflegekräfte stark betroffen. Es gibt bei Lehrern große Probleme, in der öffentlichen Verwaltung ist die Zahl psychischer Erkrankungen hoch und es gibt sehr ungünstige Belastungskonstellationen. Ich erinnere mich zum Beispiel an den Fall eines Jugendpflegers, der die zwölfwache Menge Akten zu bearbeiten hatte, als objektiv möglich war. In einem Fall kümmerte er sich nicht ausreichend um die Belange des Kindes – das Kind starb. Der Jugendpfleger wurde wegen fahrlässiger Tötung angeklagt. Das Gericht stellte aber fest, dass er so viele Fälle zu bearbeiten hatte, dass ihm keine Schuld zur Last fallen konnte. Das sind Arbeitsbedingungen, bei denen gesundheitliche Auswirkungen (nicht nur für den Betreuten) naheliegend, wenn nicht geradezu zwingend sind.

Im wachsenden Dienstleistungssektor sind ebenfalls problematische Arbeitsbedingungen zu beobachten. Das gilt beispielsweise für die Mitarbeiter in Arbeitsämtern, bei denen viele Erkrankungen auftreten. Verkehrs- und Transportberufe und überall dort, wo viel Druck ausgeübt wird, sei es im IT-Sektor oder in Call Centern, sind weitere kritische Bereiche. Speziell beim Burnout gibt es einzelne Berufsgruppen, bei denen bis zu 290 Arbeitsunfähigkeitsfälle auf 1000 AOK-Mitglieder zu beobachten sind, etwa bei Heimleitern und Sozialpädagogen.

Teilweise drängt sich der Eindruck auf, dass die Statistik im Hinblick auf die Berufsgruppen noch präziser werden könnte. Dies könnte auch die Zielgenauigkeit der Prävention vergrößern.

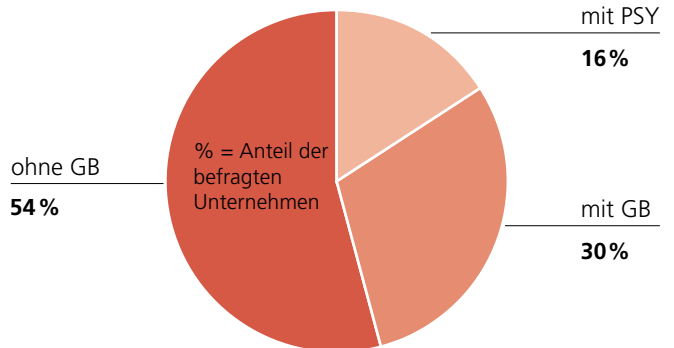
Entwicklungen auf der Belastungsseite

Nach dem DGB-Index „Gute Arbeit“ ist die Entwicklung eindeutig: 63 Prozent der Beschäftigten sagen, sie müssen seit Jahren immer mehr in der gleichen Zeit leisten. 34 Prozent der Beschäftigten fällt es schwer abzuschalten. Die Zahl der Menschen, die von Schlafstörungen betroffen sind, ist erschreckend hoch. Auch hier sind ungünstige Arbeitszeitmodelle und Konflikte am Arbeitsplatz eine „Mitursache“.

In diesem Zusammenhang müssen der Wandel der Arbeitsbedingungen und die technologischen und organisatorischen Entwicklungen besser berücksichtigt werden. In der modernen Kommunikationswelt prasseln auf die Beschäftigten viel mehr Informationen ein als in der Vergangenheit, und dies in vielen Fällen pausenlos. Permanente Organisationsänderungen, sogenannte Restruktu-

Defizite bei der Gefährdungsbeurteilung

WSI/PARGEMA-Betriebsrätebefragung 2008/2009



GB = Gefährdungsbeurteilung
PSY = mit Berücksichtigung der psychischen Belastung



Nur in 16 Prozent der Betriebe war zum Zeitpunkt der Erhebung auch die psychischen Belastungen ermittelt worden.

rierungserfahrungen und andauernde Unsicherheit, haben ebenfalls gesundheitliche Effekte, die bei der Entwicklung und Umsetzung präventiver Konzepte eine Rolle spielen müssen.

Umsetzungsdefizite bei Präventionsansätzen

Im Feld der Prävention gibt es positive Entwicklungen, aber es gibt auch weiter große Umsetzungsdefizite. Im Kern ist der Arbeitgeber für den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zuständig. Und diese müssen sich eindeutig und öffentlich mit dem Thema auseinandersetzen, dies gilt für den politischen Raum, aber vor allem für betriebliche Initiativen, die mit der Arbeitnehmerseite zu konzipieren und abzustimmen sind.

In den Jahren 2008/2009 wurden Betriebsräte gefragt, ob in den Unternehmen die gesetzlich vorgesehenen Gefährdungsbeurteilungen unter Berücksichtigung der psychischen Belastung erstellt werden (WSI/Pargema-Befragung). Das war nur in 16 Prozent der Betriebe der Fall. In 46 Prozent der Fälle lag eine Gefährdungsbeurteilung vor. Wenn man Betriebe ohne Betriebsrat berücksichtigt, ist der Anteil sicherlich aber geringer. Das bestätigen auch verschiedene andere Studien, die es danach gegeben hat. Im Rahmen der Evaluierung der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsstrategie wurde festgestellt, dass 52 Prozent der Betriebe

Was sind Gefährdungsfaktoren?

- qualitative/quantitative Überforderung
- ständige Konzentration, Monotonie
- unklare Aufgabenübertragung/widersprüchliche Anweisungen (z. B. Dienstpläne)
- unzureichende Arbeitsumgebung (z. B. Lärm)
- zu komplexe (Multitasking) oder zu vielseitige Tätigkeit (Variabilität)
- störende Unterbrechungen
- Konflikte/Mobbing/Arbeitsplatzunsicherheit/fehlende Anerkennung...



Arbeitsbedingungen müssen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung gestaltet werden.

eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt haben sollen. In den Großbetrieben sei die Quote sogar noch besser.

Die vermeintlich wachsende Akzeptanz bedeutet allerdings nicht, dass die Gefährdungsbeurteilung vollständig ist, Beschäftigten ausreichend beteiligt und die zutreffenden Konsequenzen gezogen werden. Noch im Jahr 2012 ergab eine repräsentative Befragung des DGB-Index „Gute Arbeit“, dass nur neun Prozent der Beschäftigten zu ihrer psychischen Belastung, insbesondere zu „Stressfaktoren“, befragt wurden. Arbeitsbedingungen und -abläufe sowie Arbeitsaufgaben bleiben so im Dunkeln. Chancen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation werden dann nicht genutzt.

Auch bei der ergänzenden betrieblichen Gesundheitsförderung sind noch Verbesserungen möglich. Viele Beschäftigte werden von den Angeboten nicht erreicht, manche der Programme sind zu verhaltensorientiert, teilweise dominieren Marketinginteressen der Krankenkassen. Die Potenziale der Gesundheitsförderung sollen jedoch im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie auch im Bereich der psychischen Belastung genutzt werden, dies gilt für Gesundheitszirkel und Angebote zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz, beispielsweise im Hinblick auf Stress.

Dabei sollte die Gefährdungsbeurteilung, die Kenntnis der Arbeitsbedingungen und die Sicht der Beschäftigten und

ihrer Vertretungen Ausgangspunkt der Überlegungen sein. Notwendig ist daher eine noch bessere Koordination und ein Ausbau der Mitbestimmung in diesem Bereich. Übergestülpte Maßnahmen werden keine dauerhafte Wirkung haben.

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie ausbauen und Stress reduzieren

Ein wichtiger Punkt in der Entwicklung war die Aufnahme der psychischen Belastungen in die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie im Jahr 2011. Die Festlegung eines präventiven Ziels, das auf die Reduktion von Stress gerichtet ist und von den Arbeitgebern mitgetragen wird, stellte eine Zäsur in der politischen Debatte dar. Der Gesetzgeber hat dies durch die Änderungen des Arbeitsschutzgesetzes, insbesondere durch die klarstellende Aufnahme der psychischen Belastungen in Paragraph 5 Abs. 3 Arbeitsschutzgesetz, nachvollzogen. Leider bleibt der Gesetzgeber auf halber Strecke stehen und hat bislang noch keine Anti-Stress-Verordnung erlassen. Sie würde Klarheit auf betrieblicher Ebene herstellen und die Etablierung einer funktionierenden Aufsichtsstrategie fördern.

Auch innerhalb der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie gibt es noch genug „Baustellen“. So erfreulich es ist, dass die Gewerbeaufsicht und die Präventionsabteilungen der Gesetzlichen Unfallversicherung sich dazu verpflichtet haben, das Thema noch stärker als bisher anzugehen, gibt es doch noch Potenzial für Verbesserungen. Das betrifft beispielsweise die Ressourcen des Programmes, das 2015 startet. Eine Besichtigungszahl von etwa 12.000 Betrieben wäre angesichts der Erwartungshaltung der Öffentlichkeit zu wenig. Ungenügend sind zur Zeit auch noch die vorgesehenen Mittel für Öffentlichkeitsarbeit und deren Planung. Ansätze zu einer Aufsichtsstrategie müssen entwickelt und in die handelnden Organisationen kommuniziert werden.

Die Gewerbeaufsicht wurde zudem in nahezu allen Bundesländern seit langer Zeit zurückfahren und vielfach als eine Art Steinbruch betrachtet, den man beliebigen Veränderungen unterwerfen kann. Der DGB kritisiert dies seit Langem und fordert Neueinstellungen. Trotz erster Korrekturen in Einzelfällen hat ein Umdenken sich noch nicht durchgesetzt.

Die Fortschritte überwiegen jedoch im Ergebnis. Insbesondere haben die Sozialpartner es nach einem zunächst gescheiterten Versuch geschafft, sich mit einer gemeinsamen Erklärung von BDA und DGB auf erste gemeinsame

Positionen und weitere Umsetzungsschritte zu verständigen.

Für ein Vorgehen im Konsens sind seriöse methodische Ansätze im Grundprozess der Gefährdungsbeurteilung unverzichtbar. Die Gewerkschaften, vor allem die IG Metall, haben hierzu erprobte Angebote. Hilfreich ist aber auch ein auf der Arbeitsschutzmesse A+A im vergangenen Jahr vorgestelltes Fachbuch der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, das den Rahmen und die Vorgehensweise bei der Gefährdungsbeurteilung beschreibt und auch gelungene Praxisbeispiele unterschiedlicher Branchen enthält (BAUA, Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, 2014). Der DGB selbst will mit einer neuen Broschüre Beschäftigte dazu motivieren, Betriebs- und Personalrat auf Probleme anzusprechen und eine beteiligungsorientierte Bearbeitung der Arbeitsorganisation einzufordern.

Ausblick

Bei der weiteren Bearbeitung des Themas werden die folgenden Thesen wichtig bleiben:

- Die Bundesregierung muss die Regulierungsvorschläge zur Anti-Stress-Verordnung wieder aufgreifen. Eine Verankerung in anderen Arbeitsschutzverordnungen reicht nicht aus. Gewerbeaufsicht und die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung brauchen neues Personal, nicht nur für die Aufsichtsstrategie bei psychischen Belastungen, aber auch hierfür.
- Die Zielsetzungen im Feld der psychischen Belastung und der psychischen Gesundheit sind interdisziplinär zu verfolgen, ohne Präferenz für eine bestimmte Berufsgruppe und in Zusammenarbeit mit den betrieblichen Interessenvertretungen.
- Die Möglichkeiten und Institutionen der Arbeitsschutzgesetze (insbesondere des ASiG, Arbeitsschutzausschuss usw.) sind zu nutzen, Beteiligungsrechte der Beschäftigten und ihrer Vertretungen zu beachten. Betriebsvereinbarungen können hierbei wichtige Instrumente sein – beispielsweise zur Gefährdungsbeurteilung (Methoden, Durchführung), Arbeitszeitgestaltung und E-Mail-Nutzung, Festlegung von Präventionsschwerpunkten nach DGUV Vorschrift 2. Noch wichtiger dürfte die über Papier hinaus gehende Kommunikation im Betrieb sein.
- Psychosomatische Vorstufen von Erkrankungen sollten im Betrieb berücksichtigt werden. Eine „Psychiatisierung“ des Betriebes ist zu vermeiden, Datenschutz und Regelungen zur Schweigepflicht spielen eine wichtige Rolle.

- Prekäre Beschäftigungsformen sollten auf ihren Beitrag zu seelischen und anderen Erkrankungen noch stärker untersucht werden. Mangelnde Gratifikation, Ängste und Stress sind Treiber und mindestens Auslöser vieler Erkrankungen.

Ein gemeinsames Vorgehen von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite scheint der Schlüssel zu den erforderlichen Verbesserungen der Arbeitsorganisation zu sein. Die Durchführung des Grundprozesses der Gefährdungsbeurteilung unter Beteiligung der Beschäftigten ist flächendeckend zu unterstützen. Der Dreiklang von a) Beobachtung / Beobachtungsinterviews, b) Mitarbeiterbefragungen und c) Analyseworkshops ist zu beachten und nach den betrieblichen Gegebenheiten und Vorstellungen der Beschäftigten und ihrer Vertretungen anzupassen.

E-Mail-Kontakt: Petra.Koehler@dgb.de

DR. HANNS PAULI



Referatsleiter für Arbeits- und Gesundheitsschutz beim Deutschen Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand. Mitglied der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz. Stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Gefahrstoffe (AGS) und des Ausschusses für Betriebssicherheit (ABS) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales.



Pauli war von 1994 bis 1996 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Gründungsprofessur Zivilrecht II der Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg, Promotion 1998. Von 1999 bis 2005 hat er als Rechtsanwalt mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht gearbeitet.

Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen

Psychische und psychosoziale Rehabilitation – der Beitrag der Rentenversicherung

THOMAS KECK, VORSITZENDER DER GESCHÄFTSFÜHRUNG DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG WESTFALEN



Die Nachfrage nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Versicherten mit psychischen Erkrankungen hat in der Deutschen Rentenversicherung in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Am Beispiel von Versicherten mit einer F-Diagnose wird beispielhaft die Notwendigkeit deutlich, mit anderen Leistungsträgern des Versorgungssystems in eine inhaltliche Diskussion über Zuständigkeiten und mögliche Kooperationen zu treten. Zwar wird zum Zeitpunkt der Rentenantragsstellung eines psychisch erkrankten Versicherten in jedem Fall eine Reha-Leistung durch den Rentenversicherungsträger geprüft. Allerdings hat sich zu diesem Zeitpunkt der Gesundheitszustand der Betroffenen oft bereits so stark verschlechtert, dass keine Reha-Leistung mehr zielführend ist. Ein Baustein für die bessere Vernetzung und passgenaue Steuerung des Versicherten könnte das Case-Management sein. Hier gilt es, die Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung zugunsten der Versicherten weiter auszubauen.

Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

Die deutsche gesetzliche Rentenversicherung ist neben den Rentenzahlungen auch für Rehabilitationsleistungen für ihre Versicherten und unter bestimmten Voraussetzungen auch für ihre Rentner (z.B. bei onkologischen Nach- und Festigungskuren, Paragraph 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB VI) sowie deren Kinder (stationäre Heilbehandlung für Kinder (Paragraph 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI) zuständig. Die medizinischen Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung werden für Versicherte nach Paragraph 15 SGB VI in Verbindung mit den Paragraphen 26 bis 31 SGB IX erbracht.

Nach Paragraph 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Diese Leistungen haben gemäß Paragraph 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI Vorrang vor Rentenleistungen (Grundsatz: Reha vor Rente).

Die weiteren Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherungsträger, wie Anschlussheilbehandlungen (AHB), Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation), sonstige Leistungen zur Teilhabe wie die onkologische Nach- und Festigungskuren (Paragraph 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB VI) und präventive Leistungen (Paragraph 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VI) sowie die allgemei-

nen Nachsorgeleistungen (Paragraf 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI) werden in dieser Abhandlung nicht berücksichtigt.

Die Deutsche Rentenversicherung ist bestrebt, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stets weiterzuentwickeln und ständig den aktuellen Veränderungen und Herausforderungen anzupassen. Dazu gehören neben der Leitlinienentwicklung zur Umsetzung der Therapiekonzepte auch die qualitativen Anforderungen (u.a. die Strukturqualität) an die Rehabilitationseinrichtungen, das Qualitätssicherungsverfahren. Insgesamt belegt die Deutsche Rentenversicherung bundesweit über 1000 Kliniken, davon 89 eigene Einrichtungen der Rentenversicherungsträger. Beispielhaft seien hier nur die Kliniken der Deutschen Rentenversicherung Westfalen aufgeführt, die anhand einer Kurzbeschreibung und eines Filmes näher betrachtet werden können; sie befinden sich auf einem modernen und innovativen Standard- und Qualitätsniveau.

Antragszahlen – Ausgaben

Betrachtet man die Entwicklung der Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (ohne Leistungen im Bereich der Sucht, der Onkologie und der Kinderheilbehandlung) der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, dann zeigt sich, dass die Antragszahlen seit 2005 kontinuierlich steigen. Im Jahr 2012 lagen der Deutschen Rentenversicherung Westfalen insgesamt 62.397 Anträge vor, wovon insgesamt 42.268 bewilligt wurden. Ähnliche Werte lassen sich bundesweit bei allen Rentenversicherungsträgern mit kleinen Nuancen feststellen. Im gesamten Bundesgebiet wurden 2012 1.521.977 Anträge gestellt, wovon 982.182 bewilligt wurden (vgl. Abbildungen Seite 46). Eine ähnliche Entwicklung ist bei den kostenintensiv-

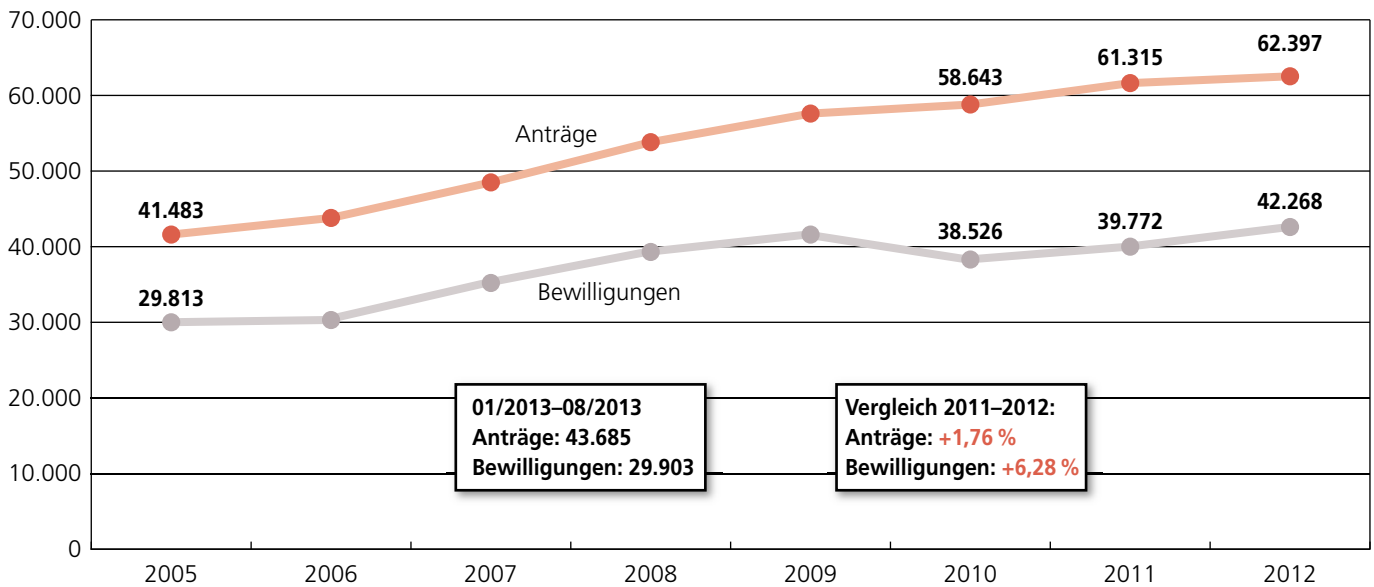
veren Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Leistungen zur beruflichen Rehabilitation) zu beobachten.

Die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitationsleistung setzt nach Paragraf 9 Abs. 2 SGB VI voraus, dass die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Gemäß Paragraf 10 Abs. 1 SGB VI haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und bei denen voraussichtlich bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgewendet werden kann, bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Im Folgenden wird im Besonderen auf die medizinischen Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung im Bereich der Psychosomatik eingegangen.

Psychosomatische Rehabilitationsleistung im Einzelnen

Die stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung sollen (Paragraf 15 Abs. 3 S. 1 SGB VI) grundsätzlich für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen (Paragraf 15 Abs. 3 S. 2 SGB VI). Im Bereich der Psychosomatik wird grundsätzlich ein Zeitraum von fünf bis sechs Wochen für angemessen erachtet, um das Ziel der psychosomatischen Rehabilitation zu erreichen. Ziel ist, die „Lebensstiländerung“ des Versicherten zu erreichen, was

Anträge und Bewilligungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (DRV Westfalen)

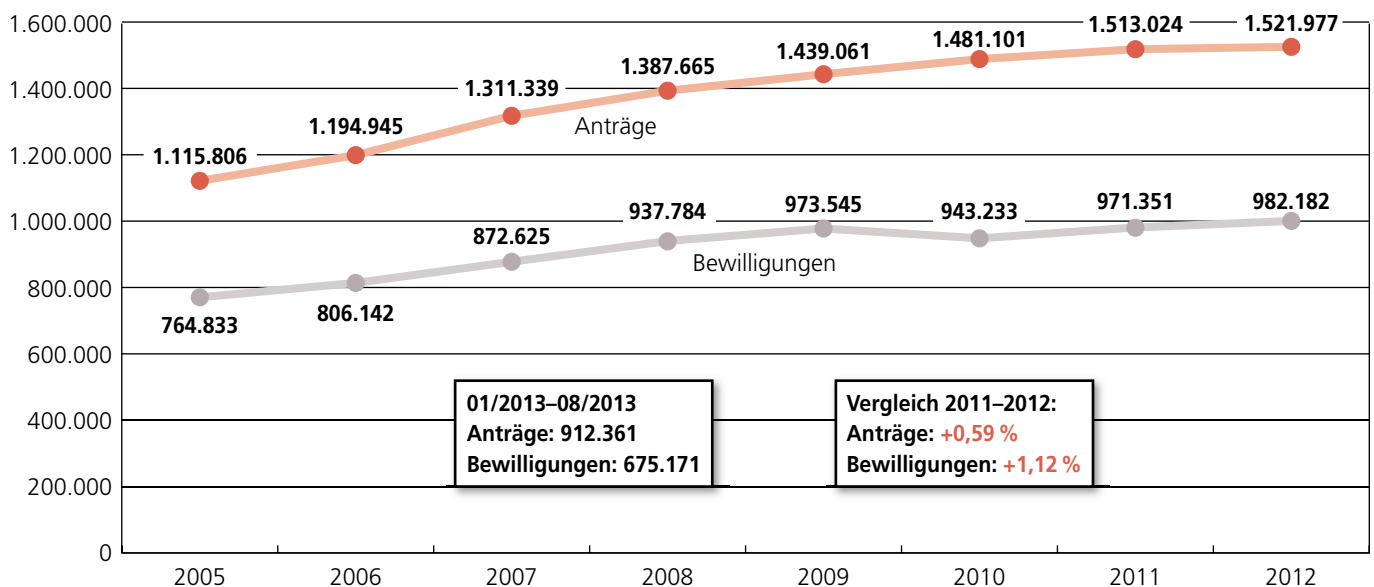


Quelle: hausinterne Auswertung, Sy 94 (ohne Sucht/KIHB)



Im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Westfalen hat die Zahl der Reha-Anträge zwischen 2005 und 2012 um rund 50 Prozent auf knapp 62.400 zugenommen.

Anträge und Bewilligungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (DRV gesamt)



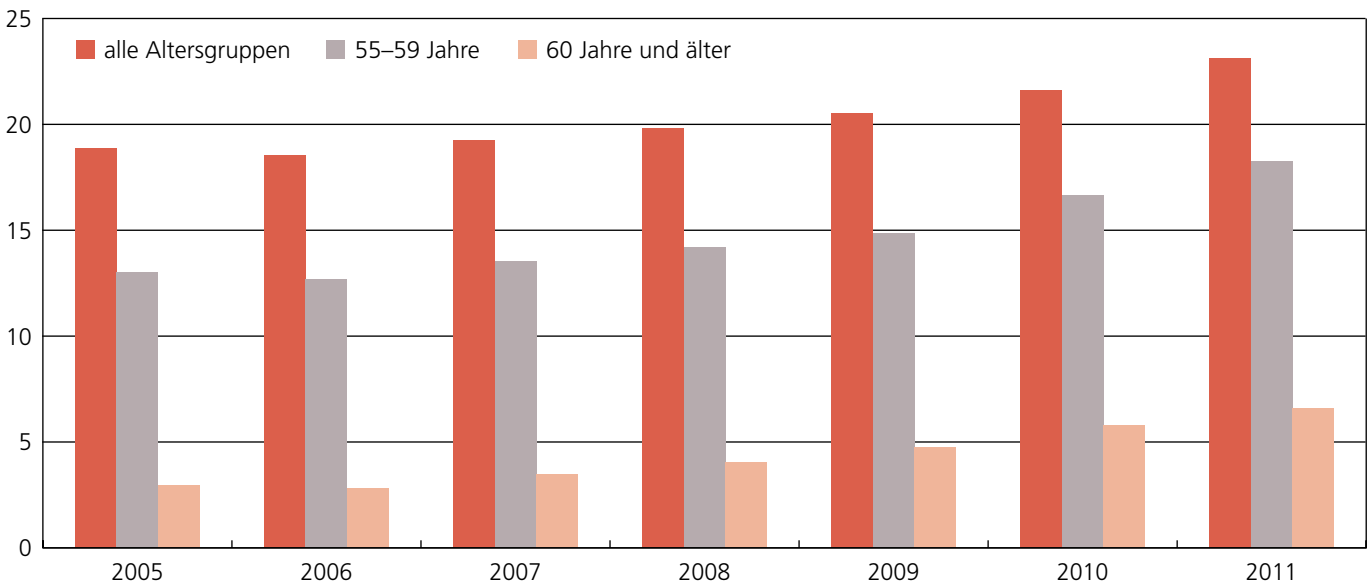
Quelle: Statistik über Anträge und ihre Erledigung nach §3 RSVvV, Tab 031.0 u. Tab. 071.0 (medizinische Leistungen und sonstige Leistungen; ohne Sucht/KIHB)



Rund 982.000 Anträge auf medizinische Rehabilitation sind bundesweit im Jahr 2012 gestellt worden. Das sind etwa eine halbe Million mehr als noch im Jahr 2005.

Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige *LTA in der GRV

Anteil der F-Diagnosen (%)



*LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Quelle: GBE des Bundes / Destatis 2013



Die Zahl der stationären Reha-Leistungen im Kontext einer F-Diagnose hat besonders in der Altersgruppe der über 55-Jährigen seit dem Jahr 2011 stark zugenommen.

aber auch durch eine kürzere Maßnahme (vier Wochen) erreicht werden kann, insbesondere wenn die Versicherten über gewisse (u.a. psychotherapeutische, rehabilitative) Vorerfahrungen verfügen und Krankheitseinsicht besteht. In jedem Fall wird der Bewilligungszeitraum entsprechend der sozialmedizinischen Beurteilung des Rentenversicherungsträgers individuell – unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Versicherten – festgelegt.

Den Reha-Kliniken wird im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation bei den vierwöchigen Maßnahmen ein Entscheidungsspielraum eingeräumt, der abhängig ist vom aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten. Erscheint eine Verlängerung des Rehabilitationszeitraumes geboten, kann der Arzt der Reha-Klinik im Einzelfall die Rehabilitationsmaßnahme um zwei Wochen verlängern. Die Gründe für die Verlängerung hat er im Entlassungsbericht darzulegen. Sollte darüber hinaus eine weitere Verlängerung der Maßnahme erforderlich sein, so ist dies mit dem jeweiligen Rehabilitationsträger abzustimmen.

Die Bewilligung kann grundsätzlich für eine stationäre oder eine ganztägige ambulante Rehabilitationsmaßnahme ausgesprochen werden. Gerade im Bereich der Psychosomatik kann allerdings die Herausnahme des Ver-

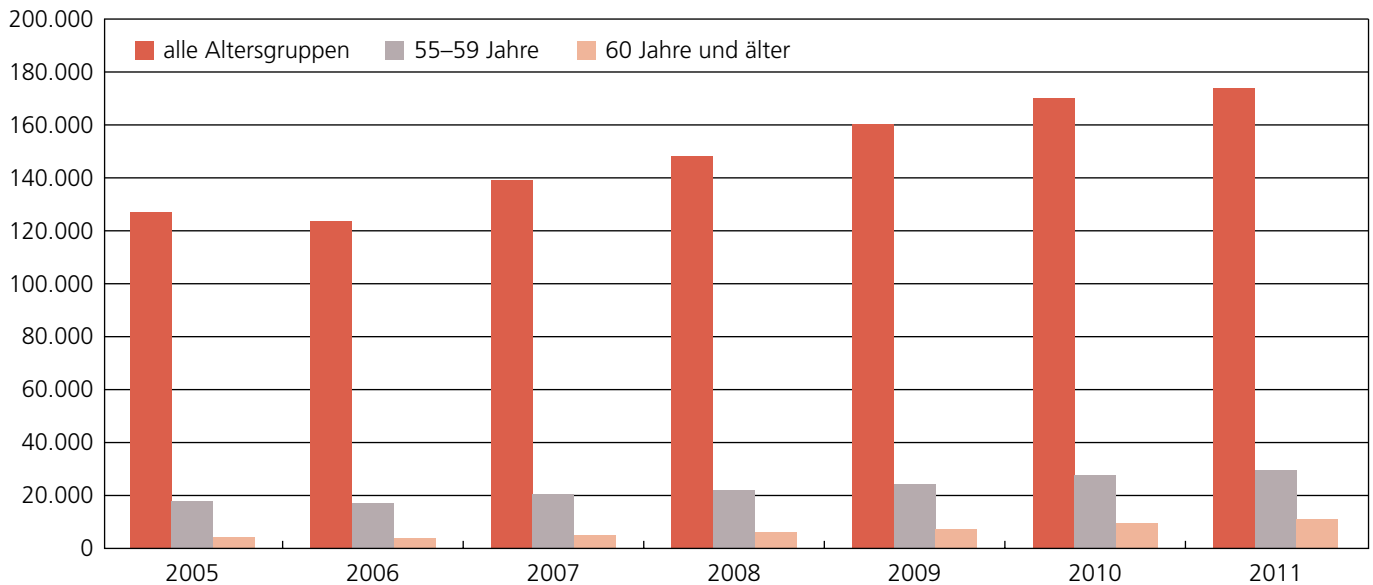
sicherten aus seinem gewohnten Umfeld für die Erreichung des Reha-Zieles erforderlich sein, so dass in diesen Fällen regelmäßig stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt werden. Allerdings ist bei den psychosomatischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung zu beachten, dass diese grundsätzlich nur im Nachgang zu einer vorherigen ambulanten Krankenbehandlung (ambulante Psychotherapie) erfolgen sollen. Die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung sind in diesem Segment so ausgelegt, dass zumindest eine Krankheitseinsicht des Versicherten vorhanden sein sollte, damit eine Maßnahme in der Rehabilitationsklinik erfolgreich verlaufen kann.

Allerdings ist in den letzten Jahren feststellbar, dass die Wartezeiten bis zu einer Akutmaßnahme, z.B. einer Psychotherapie, bis zu einem Jahr und länger dauern können. Das ist von Region zu Region durchaus unterschiedlich. In Ballungsräumen kann möglicherweise eher eine Maßnahme durchgeführt werden als in ländlichen Bereichen, in denen die Arzt- und Therapeutendichte eher geringer ist.

Die Rentenversicherung Westfalen führt deshalb in Einzelfällen auch ohne eine ausdrückliche Vorbehandlung eine psychosomatische Rehabilitationsleistung durch, wenn eine Krankheitseinsicht beim Versicherten vorhanden ist,

Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige *LTA in der GRV

Absolute Fallzahlen F-Diagnosen



*LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Quelle: GBE des Bundes / Destatis 2013



Die Gesamtzahl der abgeschlossenen Reha-Leistungen im Indikationsbereich der Psychosomatik ist zwischen 2005 und 2011 kontinuierlich auf fast 160.000 im Jahr gestiegen.

keine Suizidgefahr besteht und die Wahrscheinlichkeit eines Rehabilitationserfolges groß ist. Damit kann dem derzeitigen Dilemma der langen Wartezeiten in bestimmten Fällen Rechnung getragen werden.

Neben den originären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Psychosomatik erbringt die Rentenversicherung auch Nachsorgeleistungen auf diesem Indikationsgebiet, die sogenannte Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge (PRN) als sonstige Leistung zur Teilhabe (Paragraf 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI). Diese Leistungen werden zur Sicherung des Rehabilitationserfolges an eine abgeschlossene Rehaleistung angeschlossen und können bei entsprechendem Bedarf von dem Arzt der Einrichtung verordnet werden.

Zahlen im Indikationsbereich der Psychosomatischen Rehabilitation

Die abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Indikationsbereich der Psychosomatik sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Während sie im Jahr 2005 bundesweit noch bei etwa 120.000 lagen, haben sie im Jahr 2011 schon auf deutlich über 160.000 abgeschlossene Leistungen zugenommen. Betrachtet man die

Altersgruppen dabei im Einzelnen, so ist festzustellen, dass die Zahl der Versicherten über 55 Jahre sich etwa verdoppelt hat (siehe Abbildung S. 48).

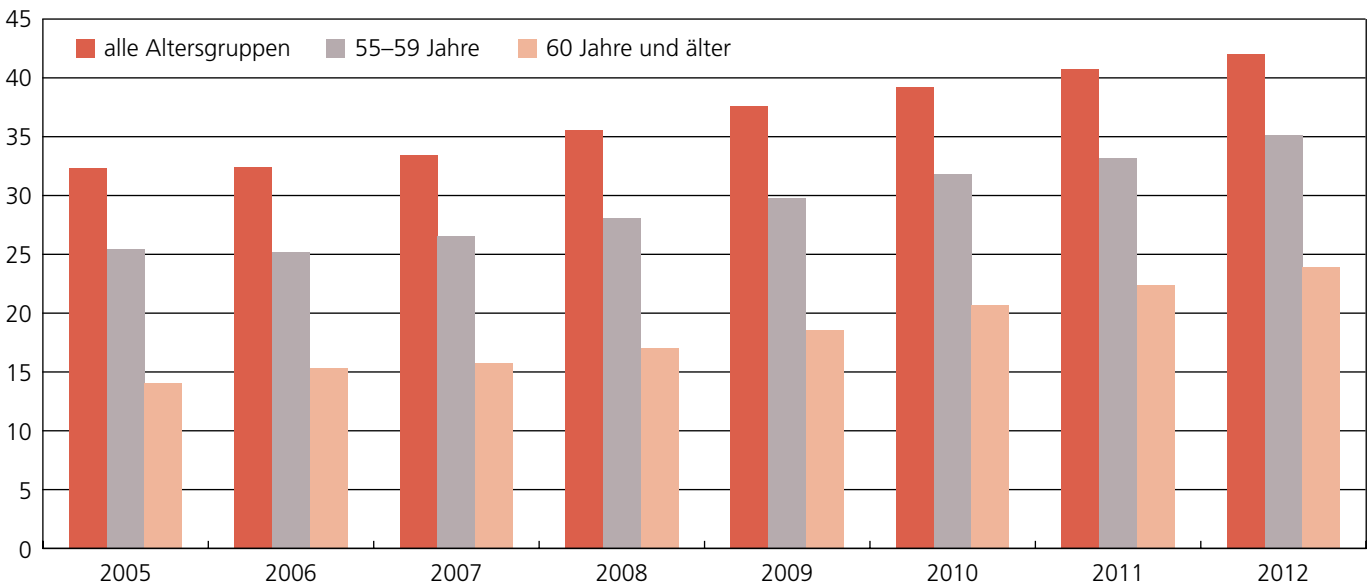
Bei den gantztägig ambulant durchgeführten Leistungen sind die Steigerungsraten noch ausgeprägter. So haben sich die gantztägig ambulanten Rehabilitationsleistungen im Bereich der Psychosomatik von 2005 auf 2011 um etwa 50 Prozent erhöht. Wurden 2005 noch rund 4000 Maßnahmen durchgeführt, so waren es im Jahr 2011 schon fast 7000 Maßnahmen. Dieser Trend ist maßgeblich aber auch darauf zurückzuführen, dass die gantztägig ambulanten Angebote im Bereich der Psychosomatik in den letzten Jahren viel umfangreicher geworden sind und die Menge der Einrichtungsbetreiber insgesamt zugenommen hat.

Erwerbsminderungsrenten: Entwicklung der letzten Jahre

Die Steigerung der psychischen und psychosomatischen Diagnosen (F-Diagnosen) zeigt sich auch im Rahmen des Antragsverfahrens zur Erlangung einer Erwerbsminderungsrente bzw. in den dazu beigefügten gutachterlichen Stellungnahmen und Befundberichten. Hier kann eine signifikante Veränderung der F-Diagnosen beobachtet

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV

Entwicklung der Anteile F-Diagnosen (%)



Quelle: GBE des Bundes / Destatis 2013



Die Bedeutung psychischer Erkrankungen für einen Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hat von 32 Prozent (2005) auf zuletzt 42 Prozent (2012) zugenommen.

werden. Renten wegen voller Erwerbsminderung werden gemäß Paragraf 43 Abs. 2 SGB VI bewilligt, wenn der Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Die krankheits- oder behinderungsbedingte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit wird durch ein medizinisches Gutachten im Einzelnen ermittelt. Basierten im Jahr 2005 etwa 32 Prozent der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf einer F-Diagnose, so waren es im Jahr 2012 schon mehr als 42 Prozent.

Bei den Neuzugängen der Erwerbsminderungsrenten war die Geschlechterverteilung in etwa gleich, mit einer leicht höheren Zahl bei den Männern. Das durchschnittliche Renteneintrittsalter bei den Männern lag bei 51,1 und bei den Frauen bei 49,9 Jahren.

Innerhalb der F-Diagnosen sah die Krankheitsbildverteilung 2012 wie folgt aus:

- ca. 34 Prozent affektive Störungen (Depression, Bipolare Störung usw.),
- ca. 19 Prozent neurotische, Belastungs-, somatoforme

Störungen (Angst-, Zwangs-, Belastungs- und Anpassungsstörungen usw.),

- ca. 11 Prozent Schizophrenie sowie
- ca. 36 Prozent sonstige psychischen Erkrankungen (u.a. Persönlichkeitsstörungen).

Betrachtet man den Lebenslauf der Versicherten vor der Antragstellung zur Erwerbsminderungsrente, so ist festzustellen, dass die meisten Versicherten im Vorfeld keine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt haben. Spätestens zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung wird in jedem Fall eine Rehaleistung durch den Rentenversicherungsträger geprüft. Zu diesem Zeitpunkt ist aber in den meisten Fällen keine Rehaleistung mehr zielführend, da sich der Gesundheitszustand meist so weit verschlechtert hat, dass zumindest zeitweise Erwerbsminderung vorliegt. Hier gilt es früher und zielgenauer Rehabilitationsmaßnahmen dem Versicherten anzubieten.

Allerdings ist es nach den aktuellen Kriterien für die Rentenversicherung nur schwer erkennbar, wann dieser frühe Zeitpunkt gegeben ist. Insofern gilt es hier zu erforschen, anhand welcher Kriterien der frühzeitige Rehabilitationsbedarf festgestellt werden kann und welche Maß-

Entwicklung der beantragten und bewilligten Erwerbsminderungsrenten

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
EM-Renten-Anträge	377.692	372.668	377.090	373.264	383.800	383.622	374.233	372.283
Bewilligungen	183.923	176.222	178.921	181.350	192.404	200.649	199.828	201.212

Quelle: Statistik über Rentenanträge gemäß § 5 RSVwV - Sonderauswertung



Seit 2007 ist bei der Zahl der Rentenzugänge, die durch eine Erwerbsminderung bedingt sind, eine Trendwende zu beobachten: Die Zahl der zunehmenden Bewilligungen deutet auf einen wachsenden Reha-Bedarf der Versicherten hin.

nahmen ergriffen werden müssen, damit die Versicherten gezielter von den Rehabilitationsmaßnahmen Gebrauch machen können.

Herausforderungen der Rentenversicherung

Aufgrund verschiedener Faktoren geht die gesetzliche Rentenversicherung von einer steigenden Nachfrage von Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung aus. Diese Entwicklung wird maßgeblich von der älter werdenden Gesellschaft beeinflusst. In den kommenden Jahren wird die Zahl der Menschen zwischen 50 und 65 Jahren deutlich zunehmen.

Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung zwischen 2008 und 2060, dann wird in den Jahren zwischen 2008 und 2021 eine Steigerung dieser Bevölkerungsgruppe in Deutschland angenommen. Es ist im Durchschnitt von einer Steigerungsrate von 1,79 Prozent pro Jahr in dieser Altersgruppe auszugehen. Infolge der durch die Einführung der Rente mit 67 verlängerten Lebensarbeitszeit und der gleichzeitigen Abschaffung der Vorruhestandsregelungen ist es Aufgabe der Deutschen Rentenversicherung, die älteren Beschäftigten beim Verbleib im Erwerbsleben zu unterstützen und die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung noch stärker arbeitsplatzbezogen auszurichten. Nur unter der Bedingung, dass die Altersrenten nicht vorzeitig in Anspruch genommen werden, kann der Beitragssatz auf dem Niveau von 18,9 Prozent gehalten werden.

Die aktuellen Erhebungen der Krankenkassen deuten darauf hin, dass die Arbeitsunfähigkeitstage im Alter tendenziell steigen und mehrere Krankheiten (Multimorbidität) gleichzeitig auftreten. Festzustellen ist, dass die Arbeitsunfähigkeitstage in den vergangenen Jahren insgesamt zugenommen haben. Eine Erklärung hierfür könnte die

Tatsache sein, dass immer mehr ältere Menschen in Arbeitsverhältnissen stehen und dort infolge der Anhebung des Renteneintrittsalters immer länger verbleiben, wenn sie bei der Altersrente keine Abschlüsse hinnehmen möchten. Ursächlich können auch die zunehmenden chronischen Erkrankungen der älteren Menschen sein.

Gleichzeitig ist zu beobachten, dass in den vergangenen Jahren die Zahl der Erwerbsminderungsrenten deutlich gestiegen ist. Nach Jahren der sinkenden EM-Rentenzugangszahlen nehmen sie nunmehr wieder zu. Die gestiegene EM-Rentenzahl deutet gleichfalls auf einen erhöhten Reha-Bedarf der Versicherten hin.

Hinsichtlich der psychischen Erkrankungen ist festzustellen, dass die Inanspruchnahme von psychosomatischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Nach der Datenlage der Deutschen Rentenversicherung Westfalen haben sich die psychosomatischen Rehabilitationsleistungen in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Im Jahre 2012 führte die Deutsche Rentenversicherung Westfalen rund 62.000 medizinische Rehabilitationsleistungen durch. Davon waren rund 6600 psychosomatische Rehaleistungen, was einem Anteil von rund 23 Prozent an den gesamten medizinischen Rehabilitationsleistungen entspricht.

Die psychischen Erkrankungen stellen momentan eine der Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeitszeiten und Erwerbsminderungsrenten dar. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitszeiten muss zwischen den Ersatzkassen und den AOKen unterschieden werden. Während bei den Versicherten der Ersatzkassen die psychischen Erkrankungen etwa 15 Prozent und mehr betragen, liegen die Quoten bei den AOKen bei etwa zehn Prozent.

Bei den Erwerbsminderungsrenten liegt der Anteil der psychischen Erkrankungen (F-Diagnosen) inzwischen deutlich über 40 Prozent aller bundesweit bewilligten Erwerbsminderungsrenten.

Geht man den Ursachen für diese Entwicklung auf den Grund, ist sicher festzustellen, dass heute deutlich eher eine psychische Störung beim Arzt angesprochen wird und auch von diesem eher diagnostiziert wird. Gerade die in den letzten Jahren verstärkte Diskussion zum Thema „Burnout“ hat dazu geführt, dass dem Thema psychische Erkrankungen mehr Beachtung geschenkt wird und auch gleichzeitig die Akzeptanz für solche Erkrankungen gestiegen ist.

Betrachtet man das Feedback der Rehabilitationskliniken, dann ist festzustellen, dass es sich heute um ein verändertes Patientenkontinuum handeln muss. Die Patienten, die heute in die Rehabilitationseinrichtungen kommen, sind wesentlich stärker gesundheitlich beeinträchtigt als noch wenige Jahre zuvor. Das hat Auswirkungen auf den rehabilitativen Behandlungsbedarf, d.h. die Intensität und Dauer der medizinischen Rehabilitation.

Deutlich spürbar geworden ist dieses nach der Einführung der DRG (Diagnosis Related Groups) im Akutsektor. Die Studien von Eiff haben hier eine signifikante Veränderung nachgewiesen, nämlich dass der Aufwand für die Rehabilitationseinrichtungen intensiver wurde, da die Patienten zu einem viel früheren Zeitpunkt in die Rehabilitationsklinik verlegt wurden. Bei den psychisch beeinträchtigten Versicherten ist insbesondere auf die Vorbehandlung abzustellen und die zunehmende Komorbidität. Je älter die Patientenkontinuum wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit einer gleichzeitigen Komorbidität.

Reflektiert man auf die Erfahrungen der Prüf- und Beratungsärztlichen Dienste der Rentenversicherung, dann ist festzustellen, dass die psychosomatischen Rehabilitationsanträge oftmals ohne eine adäquate Vorbehandlung gestellt werden. Damit sind Versorgungsbrüche zwischen der Akutbehandlung und der nachfolgenden Rehabilitation vorgezeichnet. Es kommt bei der ambulanten Psychotherapie mithin zu Verschiebungen zwischen den einzelnen Versorgungsträgern.

Nach einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer lag die durchschnittliche Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz bei etwa 12,5 Wochen. Insgesamt kann der Studie entnommen werden, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen Großstädten, Kleinstädten und ländlichen Regionen gibt. Die Auswirkungen langer War-

tezeiten bei diesem Krankheitsbild sind, dass es in vielen Fällen nicht mehr zu einem Erstgespräch kommt, da die Wartezeit demotivierend wirkt, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Eine besondere Fallgruppe innerhalb der Antragsteller in der Rentenversicherung stellen diejenigen dar, die von der Krankenkasse (Paragraf 51 Abs. 1 SGB V) und von der Agentur für Arbeit (Paragraf 125 Abs. 2 SGB III) zur Rentenantragstellung aufgefordert werden, weil sie so schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, dass nicht mehr davon ausgegangen wird, dass sie ins Erwerbsleben in absehbarer Zeit zurückkehren können.

Dabei stellt die Rentenversicherung zunehmend fest, dass hier die Antragstellung von Personen erfolgt, die nicht ausreichend therapiert wurden und/oder unter chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen leiden. In diesen Fällen ist das Krankheitsbild meist so ausgeprägt, dass eine Reha-Maßnahme nur wenig erfolgversprechend erscheint. Bei einer lang anhaltenden psychischen Erkrankung mit nur mangelhafter Vorbehandlung kann in dem begrenzten zeitlichen Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation entsprechend weniger erreicht werden.

Neben den inhaltlichen Fragen muss sich die Rentenversicherung gleichzeitig den Finanzierungsfragen stellen und sehen, dass sie ihr Reha-Budget nicht überschreitet. Die Höhe des Rehabilitationsbudgets ist in Paragraf 220 SGB VI geregelt und wird jedes Jahr erneut festgesetzt. In Paragraf 220 Abs. 1 S. 1 SGB VI ist gesetzlich festgelegt, dass die jährlichen Steigerungsraten entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (Paragraf 68 Abs. 2 S. 1 SGB VI) festgesetzt werden. Damit wird allerdings nur der allgemeinen Preissteigerung aufgrund der Lohnentwicklung Rechnung getragen. Eine Nachfragesteigerung infolge veränderter Rahmenbedingungen (demografischer Wandel, Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67, Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität, Anstieg der Anträge auf Erwerbsminderungsrente) und damit eine Ausgabensteigerung sieht das Gesetz nicht vor.

Der Entwurf der großen Koalition vom 29. Januar 2014 zum RV-Leistungsverbesserungsgesetz sieht eine Veränderung des Reha-Budgets vor. Allerdings wird nur auf einen demografischen Faktor zurückgegriffen. Qualitative Veränderungen wie zum Beispiel veränderte Krankheitsbilder oder chronische Krankheitsbilder werden weiterhin nicht berücksichtigt.

Entwicklung des Reha-Budgets und der Ausgaben von 2005 bis 2012 in Millionen Euro

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Budget	5.047	5.078	5.176	5.306	5.360	5.415	5.528	5.666
Ausgaben	4.696	4.642	4.773	5.032	5.260	5.379	5.475	5.678
Differenz	-351	-436	-403	-274	-100	-36	-53	+12



Quelle: Reha Bericht Update 2012, Publikation der DRV, S. 55; Quelle: Statistikband Rehabilitation, Tab. 6.00 A

In der Zeit von 2005 bis 2011 ist das zur Verfügung stehende Reha-Budget immer stärker ausgeschöpft worden. Im Jahr 2012 wurde das Budget von 5,666 Milliarden Euro dann erstmals um 12 Millionen Euro überschritten.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Antragszahlen in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind. Im Jahr 2013 kam es im Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erstmalig wieder zu leichten Antragsrückgängen. Die Antragszahlen bewegen sich aber nach wie vor auf einem sehr hohen Niveau. Damit haben sich die Kosten für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation in den letzten Jahren deutlich verändert. Vergleicht man die Jahre 2005 bis 2012, dann lagen die Leistungsmengen bis einschließlich 2011 immer unterhalb des für die gesamte Rentenversicherung verfügbaren Reha-Budgets.

Der Darstellung ist zu entnehmen, dass die Ausgaben in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen sind. Das Reha-Budget der Deutschen Rentenversicherung wurde im Jahr 2012 erstmalig komplett ausgeschöpft. Gemäß Paragraph 220 Abs. 1 S. 2 SGB VI sind die überschießenden Beträge im übernächsten Jahr einzusparen. Bei steigenden Ausgaben ist dies allerdings nur schwer zu realisieren.

Eingespart werden könnte innerhalb der Leistungen nur, wenn man die Kosten der einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen reduziert. Eine Variante dessen könnte die Verkürzung der Verweildauern sein, wobei dies gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen wenig zielführend erscheint. Bei zunehmenden Antragszahlen, komplexeren Krankheitsbildern und einer nicht immer durchgeführten Vorbehandlung sollte nicht noch weiter die Verweildauer gekürzt werden.

Offene Fragen der Rentenversicherung

Insgesamt sind noch viele Fragen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen unbeantwortet. Hier gilt es in

den nächsten Jahren verstärkt die Ursachen und möglichen Therapieformen zu hinterfragen. Einzelne Untersuchungen dazu liegen bereits vor.

Es gilt zu klären, warum die Steigerungsraten im Bereich der psychischen Erkrankungen in den vergangenen Jahren so deutlich zugenommen haben. Sicherlich ist die stärkere Diskussion zum Thema „Burnout“ ein wesentlicher Einflussfaktor, besonders vor dem Hintergrund, dass es sich dabei nicht um eine Diagnose nach ICD-10 handelt. Insbesondere die Abgrenzung zwischen einer einfachen Überlastungserscheinung und einer Depression ist nicht eindeutig geklärt. Die Grenzen sind derzeit fließend.

Es wird der Frage nachzugehen sein, ob es signifikante Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung gibt. Insbesondere muss auch der Gesundheitszustand vor der Arbeitslosigkeit betrachtet werden. Zudem gilt es, mögliche schichtspezifische Gesundheitsrisiken zu ergründen. Dabei müssen Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage oder einem möglichen Migrationshintergrund hinterfragt werden. Weiterhin sollte der Einfluss der zunehmende Medikalisierung der psychosozialen Probleme untersucht werden. In diesem Zusammenhang wird auch der Frage nachzugehen sein, ob es eine Verlagerung der Kuration in die Rehabilitation gibt.

Jedenfalls lassen sich zum heutigen Zeitpunkt aus der Wissenschaft und Forschung die folgenden Einflussfaktoren ausmachen, die die Behandlungsdauer wesentlich verändern:

- Art der Erkrankung,
- Lebensalter,
- Komorbidität,
- Krankheitsdauer.

Für das Behandlungsergebnis sind folgende Einflussfaktoren ungünstig:

- Höheres Lebensalter,
- Arbeitslosigkeit,
- Negative subjektive Erwerbsprognose,
- Absicht, einen Rentenanspruch zu stellen.

Derzeit gibt es folgenden Projektvorschlag in der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, der näher erforscht werden soll:

- Es sollen die Zusammenhänge zwischen dem regionalen Arbeitsmarkt bzw. der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung und der Zahl der psychosomatischen Reha-Anträge, den Ablehnungen wegen ausreichender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten und den Ablehnungen wegen fehlender Erfolgsaussichten näher erforscht werden. Daraus könnten versorgungsrelevante Schlussfolgerungen gezogen werden. Je früher ein Versicherter passgenau mit einer Reha-Leistung versorgt wird, umso besser ist der Erfolg. Können im Rahmen der Untersuchung Indizien für eine stärkere Einflussnahme auf die psychische Erkrankung festgestellt werden, dann kann die Rentenversicherung bei Vorliegen der Indizien im Einzelfall ggf. früher einschreiten und Rehabilitationsleistungen anbieten.
- In einer Fortführung eines bereits durchgeführten Forschungsprojektes soll untersucht werden, ob sich in den psychosomatischen Rehabilitandenkollektiven der vergangenen zehn Jahre (2002 zu 2012) tatsächlich Veränderungen in der Zusammensetzung erkennen lassen, die auf eine rehabilitativ schwierige Ausgangssituation bei Rehabilitationsantritt, Diagnosespektrum, Leistungsbild bei Entlassung und nachfolgender Erwerbsminderungsrente zurückzuführen sind.
- Es soll weiter untersucht werden, wie sich im aktuellen Rehabilitandenkollektiv die Merkmale verteilen, die mit einer erhöhten Schwierigkeit der rehabilitativen Behandlung und/oder einer längeren Behandlungsdauer assoziiert sind.

Die DRV Westfalen will damit erreichen, dass die inhaltliche Diskussion um den Rehabedarf in der Psychosomatik gestärkt wird. Es erscheint wichtig, mit den anderen Leistungsträgern des Versorgungssystems in eine inhaltliche Diskussion über die Zuständigkeiten und mögliche Kooperationen zu treten. Dabei geht es nicht um die Verschiebung der Zuständigkeiten zwischen den Trägern, sondern

um tragfähige inhaltliche Kooperationen zugunsten der Patienten und auch zugunsten des gesamten Sozialversicherungssystems.

Die bisherigen Wahrnehmungen in den Rehabilitationseinrichtungen und bei den beratenden Ärzten der Rentenversicherungsträger sollen mit empirischen Untersuchungen validiert werden. Damit können die qualitativen Verbesserungen der Zuweisung in die Einrichtungen und später der einzelnen Therapien in den Rehabilitationseinrichtungen weiter verbessert werden.

Besondere Lösungsstrategien

Die steigenden Antragszahlen und die demografische Entwicklung machen es immer schwieriger, bei nicht nachfragegesteuerter Budgeterhöhung die Bedarfe der Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung zu erfüllen. In dieser Konstellation gilt es adäquate Lösungsstrategien zu entwickeln.

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen hält den frühzeitigen Einsatz von Maßnahmen für angezeigt. Leistungen sollten so frühzeitig erfolgen, dass ein Reha-Bedarf erst gar nicht entsteht, einer möglichen Reha-Leistung also vorgebeugt wird. Damit gilt nicht mehr nur der Grundsatz „Reha vor Rente“ sondern vielmehr auch der Grundsatz „Prävention vor Reha“. Je frühzeitiger Maßnahmen ergriffen werden, umso geringer ist der damit verbundene Aufwand und umso größer ist die Erfolgchance.

Aus diesem Grund hat die Deutsche Rentenversicherung ein Präventionsprogramm namens Betsi (Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern) entwickelt. Betsi soll möglichst frühzeitig in einem betrieblichen Setting zum Einsatz kommen. Nach Paragraph 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI können Leistungen zur Sicherung der Erwerbstätigkeit für Versicherte erbracht werden, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben. Auf dieser gesetzlichen Grundlage wurde eine Maßnahme entworfen, die für Beschäftigte in den Betrieben zum Einsatz kommen kann, wenn solche Erwerbstätigkeiten vorliegen.

Nach einer ambulanten oder stationären Eingangsdiagnostik wird bei Betsi eine mehrwöchige berufsbegleitende Trainingsphase angeboten, die der frühzeitigen Förderung gesunder Lebens- und Arbeitsstrategien und der Motivationsschärfung des Versicherten dient, seinen Lebensstil entsprechend umzustellen, so dass dieser möglichst lange aktiv und gesund im Arbeitsleben verbleiben kann. Im

Rahmen von Auffrischkursen etwa drei und sechs Monate nach Ende der Trainingsphase wird das Gelernte noch einmal aufgefrischt und ermöglicht die Ermittlung, ob und in welchem Umfang die Präventionsleistung erfolgreich war. Erste Untersuchungen haben gezeigt, dass die Leistungen sowohl von den Betrieben als auch von den Beschäftigten gut angenommen werden und zu Veränderungen des Lebensstils führen.

Eine weitere Lösungsstrategie sieht die gesetzliche Rentenversicherung darin, die Reha-Leistungen möglichst konsequent zu individualisieren. Wenn die Leistung erbracht wird, die notwendig und richtig ist, dann ist der Mitteleinsatz im Verhältnis zum Ergebnis effizient. Das setzt allerdings voraus, dass die Zusteuerung der Reha-Leistungen auf die Leistungserbringer passgenau erfolgt.

Dazu ist es erforderlich, dass der Reha-Träger möglichst viele Informationen zur genauen Funktionsbeeinträchtigung des Versicherten hat. Nicht alle Fälle, die heute zur Entscheidung vorliegen, weisen allerdings eine solche umfangreiche Information aus. Besonders die Fragen der konkreten beruflichen Tätigkeit sind meist nicht so bekannt, dass daraus auf die Funktionsbeeinträchtigungen der Versicherten geschlossen werden kann. Hier sind weitere Maßnahmen der Träger erforderlich: Vor der Zuweisung wird den Versicherten ein Fragebogen übersandt, in dem besondere Merkmale abgefragt werden, die für eine passgenaue Rehabilitation erforderlich sind. Mit diesen Daten kann dann ein bedarfsgerechtes, individualisiertes und auf das berufliche Umfeld ausgerichtete Angebot unterbreitet werden. Nachsteuerungen können im Nachgang noch in der Rehabilitationseinrichtung vorgenommen werden, sollten allerdings die Ausnahme bleiben.

Gerade die medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation (MBOR) hat in den vergangenen Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Kenntnisse über den konkreten Arbeitsplatz, das Arbeitsumfeld, die möglichen Gefährdungspotentiale sind für eine erfolgreiche Rehabilitation von enormer Wichtigkeit. Nicht nur das Verhalten des Einzelnen soll in der Rehabilitationsmaßnahme Einfluss finden, sondern auch die Verhältnisse, in denen er sich bewegt. Eines der maßgeblichen Verhältnisse in seinem Umfeld ist zweifelsohne der Betrieb, in dem er arbeitet, und die Familie, in der er lebt. Hinsichtlich des Faktors „Familie“ sei hier nur erwähnt, dass die Begleitung durch Familienangehörige in der Rehabilitation in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Der Erfolg einer

Rehamaßnahme hängt maßgeblich von der Nachhaltigkeit der Maßnahme ab, hier können Familienangehörige die Lebensstilveränderung des Rehabilitanden nach der Rehabilitation auch zu Hause unterstützen.

Vernetzung und passgenaue Zusteuerung sind für den Rehabilitationserfolg von entscheidender Bedeutung. Die berufliche Rehabilitation sollte möglichst ohne Zeitverlust an die medizinische Leistung anschließen. Meist wird in dem Entlassungsbericht der Reha-Einrichtung schon darauf hingewiesen, dass hier unter Umständen eine berufliche Leistung im Anschluss erfolgen sollte. Hier gilt es noch genauer und frühzeitiger nachzusteuern, damit die Maßnahmen ohne Zeitverlust durchgeführt werden können.

Ein Baustein für die bessere Vernetzung und passgenaue Zusteuerung des Versicherten könnte das Case-Management sein – die Steuerung eines konkreten Falles über einen längeren Zeitraum hinweg, um so die Nachhaltigkeit der Maßnahme zu sichern. Im Rahmen unseres Projektes Reha-Futur-Real, haben wir festgestellt, dass es in besonderen Fällen notwendig sein kann, die Versicherten über einen längeren Zeitraum zu begleiten. Ein solcher Fall liegt grundsätzlich dann vor, wenn die Sachlage eine umfangreiche Begleitung erfordert, weil die Problemlagen komplex und vielschichtig sind.

Um bei einem Beispiel zu bleiben: Nach einer medizinischen Rehabilitation kann es erforderlich sein, unmittelbar eine berufliche Reha-Leistung anschließen zu lassen. Hierbei können Gespräche des Reha-Fachberaters mit dem Arbeitgeber, der beruflichen Einrichtung und dem Versicherten notwendig werden. Von entscheidender Bedeutung sind zwei Punkte: zum einen sollte der Arbeitgeber verantwortlich in den Reha-Prozess einbezogen werden. In diesem Fall weiß er um die Funktionsbeeinträchtigung seines Mitarbeiters und auch um die verbesserte Rückkehr an den Arbeitsplatz. Voraussetzung dafür ist aber eine solide Vertrauensbasis zwischen Arbeitgeber und Mitarbeiter. Zum anderen gestaltet der Versicherte seine Reha-Leistung grundsätzlich selbst, im Zusammenwirken mit dem Case-Manager (Reha-Fachberater der Rentenversicherung).

Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland hat zusammen mit der AOK Rheinland ein Projekt speziell für psychosomatische Patienten ins Leben gerufen. PAULI (Psychosomatik – auffangen, unterstützen, leiten und integrieren) soll gezielt die Versorgungsmöglichkeiten zwischen der Krankenkasse und der Rentenversicherung nutzen, je nach Krankheitsbild.

Fazit

Es hat sich gezeigt, dass die psychosomatische Rehabilitationsleistung der gesetzlichen Rentenversicherung ein wichtiger Baustein im Leistungsportfolio der Rentenversicherung darstellt. Problematisch erscheint die Abgrenzung zu den Leistungen der Krankenversicherung. Die Maßnahme soll keinen Ersatz der Akutmaßnahme (z.B. ambulante Psychotherapie) darstellen, vor allem, wenn es sich um ein komplexes Krankheitsbild handelt und keine Krankheitseinsicht vorhanden ist.

Allerdings sollten die Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung zugunsten der Versicherten weiter ausgebaut werden. Die Übergänge zwischen einer Akut- und einer Rehabilitationsleistung sind manchmal fließend, gerade wenn die Krankheitseinsicht des Versicherten hoch ist. In solchen Fällen könnte durchaus auch ohne eine vorbereitende Therapie die Rehabilitationsleistung bewilligt werden, gerade auch um den zeitlichen Aspekt des Wartens zu reduzieren.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und dem verstärkten Aufkommen von F-Diagnosen erscheint es sinnvoll, psychosomatische Rehaleistungen zur Verstärkung der Erwerbsfähigkeit von psychisch beeinträchtigten Versicherten einzusetzen. Damit kann den betroffenen Versicherten frühzeitig eine wirksame Hilfe zur Seite gestellt werden.

Zukünftig werden auch präventive Leistungen zur Festigung der Psyche einzusetzen sein. Wichtig ist es, die Menschen in die Lage zu versetzen, möglichst eigenständig die Gefahren zu erkennen und ihnen zu begegnen.

Literatur beim Verfasser

E-Mail-Kontakt: Thomas.Keck@DRV-Westfalen.de

.....

THOMAS KECK

.....



Thomas Keck ist seit dem 1. Oktober 2009 Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. Nach seinem juristischen Staatsexamen begann er 1990 seine Tätigkeit bei der BfA in Berlin (heute DRV Bund). Bis zum 30. September 2009 leitete er dort die Abteilung Rehabilitation. Seit dem 1. Oktober 2009 ist Thomas Keck Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen.



Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen

Frühzeitige Beratung, differenzierte Hilfen und bessere Patientensteuerung sind nötig

VON DR. FLORIAN STAECK

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM

Dr. med. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Eugen Brysch

Dr. med. Hans Georg Faust

Dr. rer. nat. Liane Fickler

Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Prof. Dr. med. Gisela Ch. Fischer

Dr. med. Jan Geldmacher

Magda Geldmacher

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

Dr. h. c. Jürgen Gohde

Dr. med. Kay Großmann

Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl

Eike Hovermann

Thomas Keck

Dr. rer. nat. Catharina Maulbecker-Armstrong

Hardy Müller

Dr. med. Axel Munte

Dr. med. Erika Ober

Dr. jur. Hanns Pauli

Dietmar Preding

Prof. Dr. rer. pol. Herbert Rebscher

Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm

Gudrun Schaich-Walch

Dr. med. Hubert Schindler

Dr. med. Nick Schulze-Solce

Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ

Dr. phil Florian Staeck

Oliver Stahl

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich

Eva Walzik

Michael Weller

Katharina Werner



Überblick über ausgewählte Themen des Frankfurter Forums

4. Plenarsitzung



Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Programm

„Die Steuerung der Finanzierbarkeit des GKV-Systems über Kosten-Nutzen- Bewertungen mit konsekutiver Priorisierung“

Veranstaltungstermin: 15. - 16. April 2011

Freitag, 15. April 2011

17:30 - 17.40 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt

17:40 - 18:15 Uhr „Welche Position vertritt der G-BA hinsichtlich einer strukturierten zielorientierten Gesundheitsversorgung - Beispiel Depressionen?“
Dr. jur. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA, Berlin

18:15 - 18:50 Uhr „Kosten-Nutzen-Bewertungen von medizinischen Interventionen als Allokationsinstrument - ethische Aspekte einer Priorisierung“
Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, Direktor des Institut für Geschichte der Medizin, LMU München

18:50 - 19:25 Uhr „Erwartungen der Krankenkassen an die Kosten-Nutzen-Bewertung von Gesundheitsleistungen“
Prof. Dr. rer.pol. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes DAK Unternehmen Leben, Hamburg

19:25 - 20:00 Uhr „Priorisierung medizinischer Leistungen in Schweden - was können wir aus diesem Projekt lernen?“
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe, Akad. Zentrum f. Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Medizinische Universität Lübeck

Samstag, 16. April 2011

09:00 - 12:30 Uhr Gemeinsame Diskussion
Moderation:
Gudrun Schaich-Walch
Dr. med. Jürgen Bausch

Abschlussbemerkungen

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

5. Plenarsitzung



Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Programm

„Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung von morgen in unserer alternden Gesellschaft“

Veranstaltungstermin: 14. - 15. Oktober 2011

Freitag, 14. Oktober 2011

17:30 - 17.40 Uhr Begrüßung
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt

17:40 - 18:20 Uhr „Aktuelle Situation und Zukunft im niedergelassenen Arztbereich – Wo stehen wir und wohin entwickeln wir uns?“
Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin

18:20 - 18:50 Uhr Diskussion

18:50 - 19:30 Uhr „Koordiniertes und effizientes Versorgungsmanagement für ältere und multimorbide Patienten – Was tut die BARMER GEK schon heute, welche Konzepte existieren für die Zukunft?“
Claudia Korf, Beauftragte des Vorstandes für sozial- und gesundheitspolitische Fragen der BARMER GEK beim Bund, Berlin

19:30 - 20:00 Uhr „Diskussion“

Samstag, 15. Oktober 2011

09:00 - 09:40 Uhr „Patientenbegleiter: Scharnier zwischen Arzt und chronisch Kranken – Ergebnisse und Konsequenzen aus dem Modellprojekt der Bosch BKK“ Dr. med. Katja Wimmer, Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement und Patientenbegleitung der Bosch BKK, Stuttgart

09:40 - 10:10 Uhr Diskussion

10:40 - 11:20 Uhr „Koordinierte Behandlung und Versorgung alter und multimorbider Patienten – Beispiel Geriatrie Zentrum Bayreuth“
Dr. med. Holger Lange, Chefarzt Medizinische Klinik III Klinik für Geriatrie und geriatrische Tagesklinik der Klinikum Bayreuth GmbH und Chefarzt der Fachklinik für Geriatrie des MediClin Reha-Zentrums Roter Hügel, Bayreuth

11:20 - 12.30 Uhr Abschlussdiskussion

Abschlussbemerkungen
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums e.V.

Philosophie/

Theologie : Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Fachbereich Moraltheologie und Ethik, Theologisch-Philosophische Hochschule St. Georgen, Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigungen :

Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt, Vorsitzender Frankfurter Forum e.V., Bad Soden-Salmünster
Dr. med. Margita Bert, Ehrenvorsitzende KV Hessen, Frankfurt

Krankenkassen :

Claudia Korf, Landesgeschäftsführerin BARMER GEK Berlin/Brandenburg, Berlin
Eva Walzik, DAK-Gesundheit - Unternehmen Leben, Leiterin Berliner Büro, Berlin
Jan Carels, Geschäftsführer Politik & Unternehmensentwicklung, AOK-Bundesverband, Berlin

Politik :

Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., stellvertretende Vorsitzende Frankfurter Forum e.V., Frankfurt

6. Plenarsitzung

Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen



Programm

„Die Möglichkeiten und Herausforderungen der individualisierten Medizin in einer alternden Gesellschaft?“ – Teil I

Veranstaltungstermin: 20. - 21. April 2012

Freitag, 20. April 2012

- 17:30 - 17:40 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen
- 17:40 - 18:20 Uhr „Medizinische Aspekte der individualisierten Medizin: Eine maßgeschneiderte Gesundheitsversorgung der Zukunft?“, Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel
Ärztlicher Direktor/Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Essen
Lehrstuhl für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth
- 18:50 - 19:30 Uhr „Ethische Aspekte der individualisierten Medizin: Welche Auswirkungen ergeben sich für den Patienten, den Arzt und die Gesellschaft?“, Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, M.A.,
Dekan Fachbereich Evangelische Theologie - Sozialethik/Bioethik, Marburg

Samstag, 21. April 2012

- 09:00 - 09:40 Uhr „Rechtliche Implikationen der individualisierten Medizin: Welche juristischen Herausforderungen und Probleme müssen bewältigt werden?“, Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht insbesondere Sozialrecht, Juristische Fakultät Ruhr-Universität Bochum
- 10:40 - 11:20 Uhr „Ökonomische Aspekte der Individualisierten Medizin: Eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Kostenentlastung?“, Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth
- 11:20 - 12.30 Uhr Abschlussdiskussion
Abschlussbemerkungen
Gudrun Schaich-Walch, Staatssekretärin a. D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

7. Plenarsitzung

Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen



Programm

„Die Möglichkeiten und Herausforderungen der individualisierten Medizin in einer alternden Gesellschaft?“ – Teil II

Veranstaltungstermin: 19 - 20. Oktober 2012

Freitag, 19. Oktober 2012

- 16:15 - 16.30 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Staatssekretärin a.D., Frankfurt, Stellvertretende Vorsitzende Frankfurter Forum e.V.
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Bad Soden-Salmünster, Vorsitzender Frankfurter Forum e.V.
- 16:30 - 17:00 Uhr „Individualisierte Medizin aus Sicht der GKV: Sind Konsequenzen für die Krankenkassen und die konkrete Patientenversorgung zu erwarten?“, Dr. med. Diedrich Bühler, Abteilung Medizin, Leiter Referat Methodenbewertung Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Berlin
- 17:40 - 18:20 Uhr „Individualisierte Medizin in der Forschung: Welche Implikationen ergeben sich für die Planung und Durchführung klinischer Studien?“ PD. Dr. med. Stefan Lange Stellvertretender Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln
- 18:50 - 19:30 Uhr „Individualisierte Medizin - welche Auswirkungen sind für forschende Pharmaunternehmen zu erwarten?“ Dr. med. Clemens Stoffregen, Fachbereich Onkologie, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg

Samstag, 20. Oktober 2012

- 09:00 - 09:40 Uhr „Diagnose- und Therapiemöglichkeiten der individualisierten Medizin in der Gynäkologischen Onkologie: Eine Kritische Analyse und ein Ausblick in die Zukunft“ Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Kaufmann Ehem. Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
- 10:30 - 11:10 Uhr „Diagnose- und Therapiemöglichkeiten der individualisierten Medizin in der Hämatologie und in der Internistischen Onkologie: Eine Kritische Analyse und ein Ausblick in die Zukunft“ Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
- 11:40 - 12.30 Uhr Abschlussdiskussion
Abschlussbemerkungen
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt
Gudrun Schaich-Walch, Staatssekretärin a. D., Frankfurt

Ökonomie/**Gesundheitsökonomie :** Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insbesondere Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth**Gesundheitsmanagement :** Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg v. d. H.**Forschende Pharmaindustrie :** Oliver Stahl, Direktor Market Access, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. H.**Kommunikation :** Wolfgang van den Bergh, Springer Medizin, Direktor Nachrichten und Politik, Chefredakteur Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg
Dr. phil. Florian Staack, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg**Projektmanagement :** Dietmar Preding, stellvertretender Vorsitzender Frankfurter Forum e.V., Hanau**Krankenhaus :** Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Direktor und Chefarzt St. Katharinen Krankenhaus, Frankfurt

8. Plenarsitzung



Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Programm

Die Entwicklung psychischer Erkrankungen in unserer Bevölkerung - Teil I"

Veranstaltungstermin: 19 - 20. April 2013

Freitag, 19. April 2013

- 17:00 - 17.10 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Staatssekretärin a.D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen
- 17:10 - 17:50 Uhr „Ausmaß und Gründe seelischer Erkrankungen in Deutschland - eine Bestandsaufnahme“
Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinikum Bonn, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V., Berlin
- 18:20 – 19:00 Uhr „Depression und Burnout: Mythen und Fakten“
Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Department für psychische Gesundheit Universitätsklinikum Leipzig.
- Samstag, 20. April 2013**
- 09:00 - 09:40 Uhr „Psychosoziale Probleme bei Menschen mit Migrationshintergrund - wer kümmert sich?“
Prof. Dr. phil. Helene Basu, Direktorin Institut für Ethnologie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
- 9:40 - 10:00 Uhr „Erfolgreiche Hilfe bei psychosozialen Problemen von Menschen mit Migrationshintergrund“
Prof. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer, Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover e. V., Hannover
- 11:00 - 11:40 Uhr „Sonderfall Demenz: Erhaltung der Menschenwürde - eine ethische Herausforderung für unsere Gesellschaft“
Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff, Direktor des Instituts für Systematische Theologie, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg; Mitglied des Deutschen Ethikrates, Berlin
- 12:10 - 12:30 Uhr Abschlussdiskussion
Abschlussbemerkungen
Gudrun Schaich-Walch, Staatssekretärin a. D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt

9. Plenarsitzung



Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Programm

„Die Entwicklung psychischer Erkrankungen in unserer Bevölkerung? - Teil II“

Veranstaltungstermin: 18 - 19. Oktober 2013

Freitag, 18. Oktober 2013

- 17:00 - 17.10 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Staatssekretärin a.D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen
- 17:10 - 17:50 Uhr „Die wirtschaftlichen Folgen psychosozialer Erkrankungen für die Arbeitswelt und die Gesellschaft“
Prof. Dr. rer.pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insbesondere Finanzwissenschaft der Universität Bayreuth, Bayreuth
- 18:20 – 19:00 Uhr „Die Versorgungssituation psychisch Kranker in Deutschland - die Qualität der Versorgungsabläufe auf dem Prüfstand?“
Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes DAK-Gesundheit - Unternehmen Leben, Hamburg
- Samstag, 19. Oktober 2013**
- 09:00 - 09:40 Uhr „Die Prävention seelischer Erkrankungen am Arbeitsplatz - nur eine Frage für die Mediziner?“
Dr. med. Kay Großmann, Leiter Gesundheitsmanagement, Dr. Ing. h.c. F. Porsche Aktiengesellschaft, Stuttgart
- 09:40 - 10:20 Uhr „Psychische Belastungen und daraus folgende Erkrankungen in der Arbeitswelt - was können die Gewerkschaften zur Problemlösung beitragen?“
Dr. jur. Hanns Pauli, Bundesvorstand - Abteilung Sozialpolitik Deutscher Gewerkschaftsbund, Berlin
- 11:10 - 11:50 Uhr „Psychische und psychosoziale Rehabilitation - der Beitrag der Rentenversicherung dazu“
Thomas Keck, Geschäftsführender Direktor, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster
- 11:50 - 12:30 Uhr Diskussion/Abschlussdiskussion/ Abschlussbemerkungen
Gudrun Schaich-Walch, Staatssekretärin a. D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt

Herbst-Forum, 18.-19. Oktober 2013, Fulda -
Mit Finanzierung durch die Lilly Deutschland Stiftung, Bad Homburg

Impressum

Herausgeber:

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.,
Frankfurt am Main

Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V.:

Dietmar Preding
Mozartstraße 5, 63452 Hanau
E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

Verlag:

Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH
Am Forsthaus Gravenbruch 5,
63263 Neu-Isenburg

Redaktionelle Bearbeitung:

Dr. Florian Staeck, Wolfgang van den Bergh

Autoren:

Dr. Kay Großmann, Thomas Keck, Dr. Hanns Pauli,
Professor Dr. h.c. Herbert Rebscher, Dr. Florian Staeck,
Professor Dr. Volker Ulrich

Titelbild:

© fotovika - Fotolia.com

Layout / Grafik:

Melanie Marschall

Druck:

F&W Mediencenter GmbH, Kienberg

Springer Medizin

© Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH,
Neu-Isenburg, März 2014



ISSN 2190-7366

Partner

Das „Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e. V.“ wird seit seiner Gründung in 2008 von der Lilly Deutschland GmbH bzw. der Lilly Stiftung Deutschland in Bad Homburg, finanziert. Als neue Partner sind in 2013 die IMS HEALTH GmbH & Co. OHG in Frankfurt und die „Ärzte Zeitung“ aus dem Haus der Springer Medizin Verlagsgesellschaft mbH in Neu-Isenburg hinzugekommen. Die Sponsoren fördern mit ihrem Engagement in aktiver Verantwortung den interdisziplinären Dialog grundsätzlicher und langfristiger Fragen der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik. Die Sponsoren nehmen keinen Einfluss auf die Auswahl und Ausarbeitung der Tagungsthemen der Forumsveranstaltungen, der Referentinnen oder Referenten, der Vortragsmanuskripte, der Diskussionen und der Abschlussstatements, wodurch die redaktionelle Unabhängigkeit der Publikationsreihe „Frankfurter Forum: Diskurse“ garantiert ist.



FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen