

1921 von

199

Häufigkeit seelischer Erkrankungen

Die Frage nach der „wahren“ Prävalenz ist kein akademischer Luxus

von Norbert Schmacke¹

ABSTRACT

Seelische Erkrankungen nehmen zu: Diese Nachricht gehört seit einigen Jahren zum festen Bestandteil des Journalismus in allen Medien. Gestützt wird diese Information häufig auf Daten der gesetzlichen Krankenkassen. Es existiert ein engagierter Streit um die Frage nach der „wahren“ Prävalenz. Damit einhergehend wird diskutiert, ob die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ausreicht oder trotz deutlicher Zuwächse in den letzten Jahren weiter ausgebaut werden muss. Nachfolgend wird diese Debatte in einen größeren historischen und versorgungspolitischen Zusammenhang gestellt. Es wird dann zum ersten deutlich, dass vermutlich kein Grund zu der Annahme besteht, die Bevölkerung werde immer kränker. Und gleichzeitig wird klarer, dass es notwendig und auch möglich ist, die Versorgungsplanung auf ein besseres wissenschaftliches Fundament zu stellen. Angesichts der Versäumnisse der letzten Jahrzehnte wird dieses allerdings nicht aus dem Hut gezaubert werden können.

Schlüsselwörter: seelische Erkrankungen, psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung, Prävalenz, Antidepressiva

Mental disorders are on the increase: For several years, this message has been an integral part of journalism in all media. This information is often based on the data of statutory health insurance. There is a dedicated dispute on the question of their "true" prevalence. Simultaneously, it is discussed whether there is sufficient psychiatric and psychotherapeutic care or whether it should be expanded despite a huge growth in recent years. Subsequently, this debate is put into a broader historical and political context. For the first time, it becomes clear that there is probably no reason to assume that people will get sicker and sicker. At the same time it is apparent that it is necessary as well as possible to provide for a better scientific foundation of health service planning. Given the failures of recent decades, however, it cannot be pulled out of a hat.

Keywords: mental disorders, psychiatric and psychotherapeutic care, prevalence, antidepressants

1 Der schwierige Weg aus der Tabuisierung seelischer Krankheiten

Psychische Störungen waren bis in die achtziger Jahre hinein ein stark tabuisiertes Thema, das in Deutschland vermutlich noch stärker als in anderen Ländern durch den menschenverachtenden Sozialdarwinismus und die Verfolgung und Ermordung psychisch Kranker durch das NS-Regime geprägt ist. Verfolgt und vertrieben wurde bekanntlich auch eine Vielzahl von Therapeuten wegen ihrer religiösen und/oder politischen Anschauungen. Der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in

der Bundesrepublik Deutschland“ von 1975 (die sogenannte Psychiatrie-Enquete im Auftrag des Deutschen Bundestages) kennzeichnete in Deutschland einen ersten Wendepunkt hin zu einer dezidiert patientenorientierten Versorgung. Das vielleicht ehrgeizigste Ziel war die Gleichstellung von seelischen und körperlichen Erkrankungen. Die Umstrukturierung der großen Landeskrankenhäuser, die Psychosomatische Medizin und die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren konnten nach dieser Enquete tatsächlich allmählich einen Wendepunkt einläuten, und die psychosozialen Grundlagenfächer wurden in der Approbationsordnung für die heranwachsende Generation von Ärztinnen und Ärzten verankert.

¹Professor Dr. med. Norbert Schmacke, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen · Grazer Straße 4 · 28359 Bremen
Telefon: 01520 8987285 · E-Mail: schmacke@uni-bremen.de · www.ipp.uni-bremen.de

2 Der endlose Markt für Antidepressiva

Die biologische Psychiatrie ließ sich immer nur phasenweise in den Hintergrund drängen: Zu stark bleibt offenbar die Verführung, seelische Störungen als Ausdruck „verdrehter Moleküle“ entlarven zu können, denen man nur auf die Schliche kommen müsse. Nach den unglaublichen Torturen, denen psychisch Kranke in der Psychiatrie jahrhundertlang ausgesetzt waren, wirkte die Entwicklung von Medikamenten zur Behandlung von Schizophrenien und Depressionen erst einmal wie ein Segen der Forschung. Psychopharmaka wurden dann aber seit den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts weit über den indizierten Bereich hinaus zum Schwerpunkt der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen aller Art und Beschwerdegrade und weisen ungebrochene Wachstumsraten auf (Abbildung 1).

Man muss nicht so weit gehen, die Steigerungen auf Krankheitserfindungen, welche es tatsächlich gegeben hat, zurückzuführen (zum Beispiel „Female sexual dysfunction“). Die seit gut zehn Jahren festgestellten Spuren von Antidepressiva im Trinkwasser stehen wohl stärker als Zeuge für den ungebremsten Einsatz von Psychopharmaka unter den klassischen Diagnosen. Mit der gesellschaftlichen Gewöhnung an Antidepressiva und andere auf das zentrale Nervensystem

einwirkende Substanzen ging leider nicht das Interesse einher, über Nutzen und Risiken dieser Behandlungen genauer Bescheid wissen zu wollen. Noch immer sind die Analysen von Moncrieff und Kirsch, zweier prominenter Kritiker des unkritischen Einsatzes von Antidepressiva, weitgehend unbekannt – oder sie werden als lästiges Infragestellen von Verschreibungsroutinen abgeheftet (Moncrieff und Kirsch 2005): Antidepressiva sind nur bei schweren Depressionen einem Placebo überlegen, und der Langzeitzutzen ist längst nicht so gut belegt, wie die Kranken und ihre Angehörigen das vermutlich meinen. Eine unkritische Langzeitgabe fördert vielleicht sogar die Chronifizierung von Depressionen (Fava und Offidani 2010). Einen dramatischen Anstieg, gerade der Mengen von Antidepressiva, findet sich in allen entwickelten Gesundheitssystemen. Verdopplungen bis Verdreifachungen innerhalb von 20 Jahren sind die Norm. Und überall wird begründet die Sorge geäußert, dass diese Medikamente bei allen möglichen Alltagsproblemen verschrieben würden. Es wäre reizvoll, sich im Rahmen von Feldforschung den Praxisbetrieb der Hausärzte und Psychiater vor Ort ansehen zu können, um die Gründe für diese gefährlichen Trends besser zu verstehen. Gefährlich, weil Antidepressiva auch beachtliche Nebenwirkungen haben, die eine strenge Indikationsstellung erfordern. Problematisch, weil ratsuchenden Menschen weit im Vorfeld von schweren Depressionen der Eindruck vermittelt

ABBILDUNG 1

Verordnungen von Antidepressiva 2001 bis 2010 – Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen (DDD)

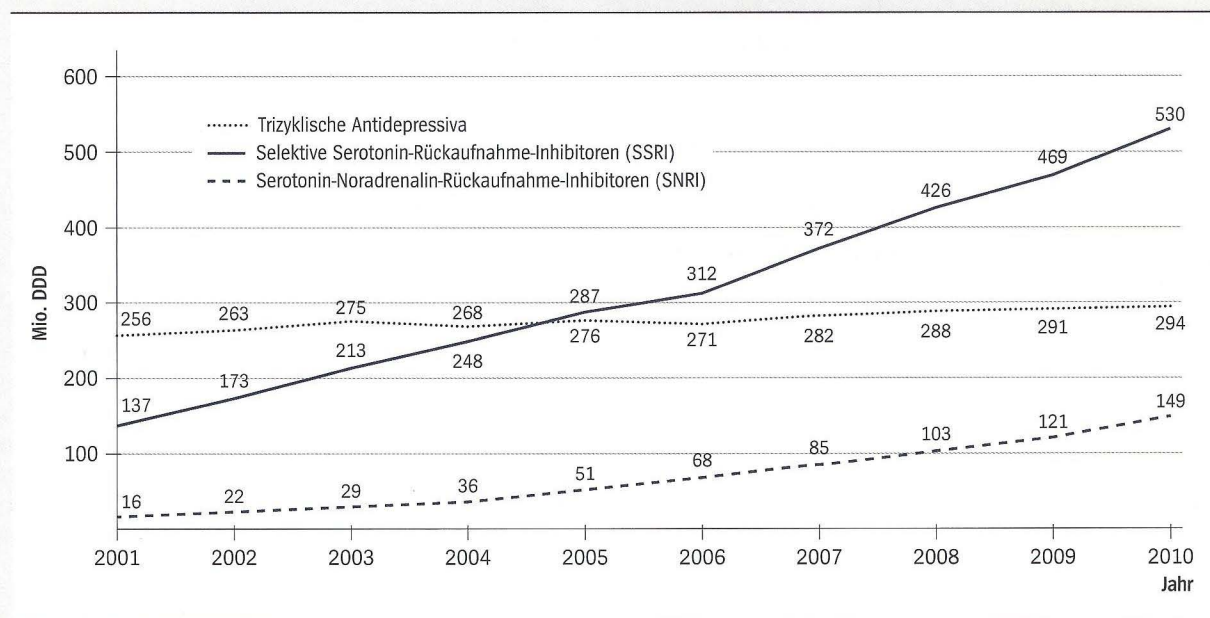
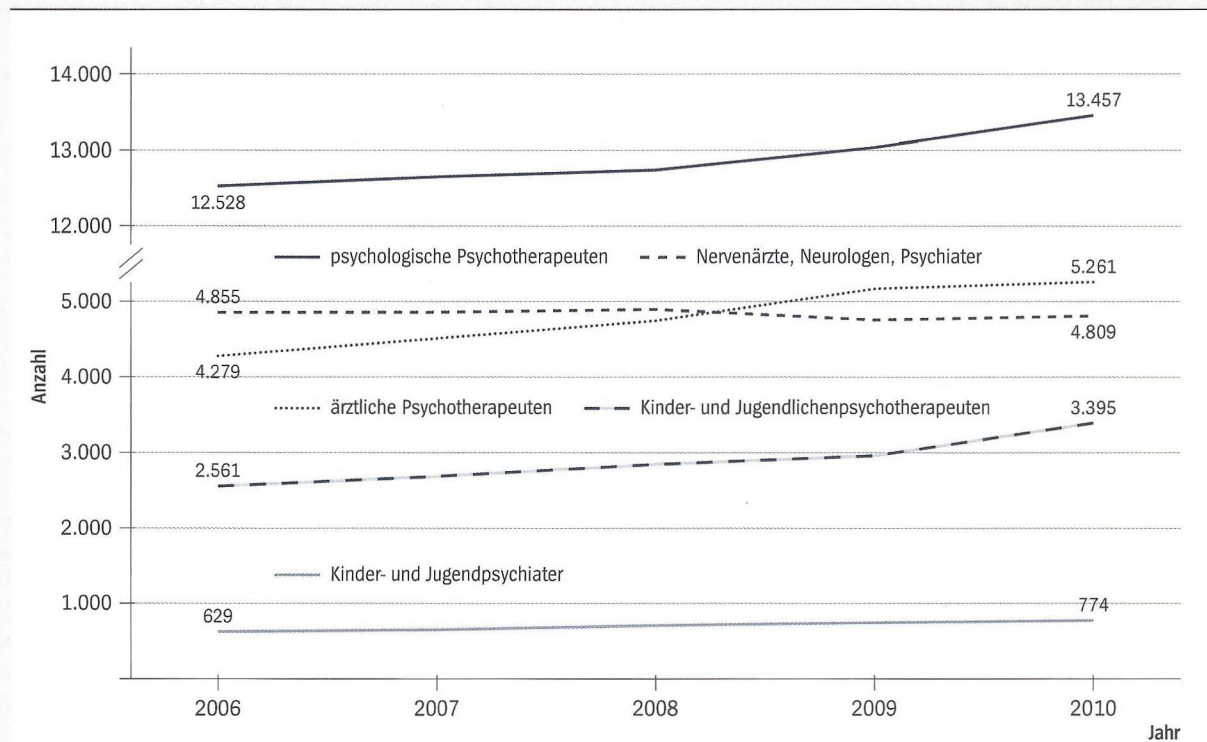


ABBILDUNG 2

Entwicklung der Anzahl von Nervenärzten, Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten in Deutschland bis 2010



Quelle: Bundesärztekammer der KBV, Grafik: G+G Wissenschaft 2012

wird, es gebe zur Behandlung aller Befindlichkeitsstörungen ein pharmazeutisches Produkt.

3 Der langwierige Suchprozess zum Standort der Psychotherapie

Es besteht mit aller Wahrscheinlichkeit vielfältiger Anlass, den medikamentösen Therapieansätzen in der Medizin im Allgemeinen und der Psychiatrie im Speziellen kritisch gegenüberzustehen. Wie aber sieht es mit den psychotherapeutischen Verfahren aus? Die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen stehen in einem teils heftigen Konkurrenzkampf zueinander, ohne dass dieser Streit mangels guter Studien auf wissenschaftlicher Basis ausgetragen werden könnte. Jede Schule ist davon überzeugt, richtig zu handeln. In welche dieser Schulen ein Kranker im Rahmen der deutschen Richtlinienpsychotherapie gelangt, ist weithin zufällig. Ähnlich wie in der Körpermedizin werden Kranke auch selten vor Beginn

einer ihnen empfohlenen Therapie erfahren, welche Evidenz es für die vorgesehene Behandlung gibt – oder nicht gibt.

So kommt man zu dem ersten, leider außerordentlich ernüchternden, Ergebnis: Die Frage nach angemessenen Behandlungsformen ist für psychische Störungen noch schlechter zu beantworten als für somatische Störungen. Ergebnisse aus der Therapieforschung werden noch weitgehend ignoriert, auch wenn die Notwendigkeit zur Gewinnung zuverlässigerer epidemiologischer und therapeutischer Daten zum Beispiel vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gesehen und in Förderprogrammen in Ansätzen umgesetzt wurde.

Vor allem die Daten zu Nutzen und Risiken der Antidepressiva finden keinen Niederschlag im Verschreibungsverhalten: Das Verschreiben eines Medikaments ist offenkundig häufig schlicht der einfachste Weg, auf geschilderte Beschwerden psychisch beeinträchtigter Menschen zu reagieren. Aber auch die Forschungslage zur Psychotherapie wird in der Praxis nicht angemessen aufgegriffen. Psycho-

therapeuten, die den Weg zur Richtlinienpsychotherapie geschafft haben, wenden die von ihnen erlernten Verfahren an, ob es Nutzenbelege für das jeweilige Krankheitsbild gibt oder nicht. Neue Studien, die helfen könnten, Psychotherapie differenzierter als bisher einzusetzen, sind rar.

Gemessen an den Budgets, welche die pharmazeutische Industrie in ihre Zulassungsstudien steckt, sind die Gelder für derartige Versorgungsforschung lächerlich gering. An diesem Mangel ist bekanntlich auch die Einführung der Gesprächspsychotherapie gescheitert, obwohl sie gerade bei der Behandlung von Depressionen nach internationalem Schrifttum keineswegs hinter medikamentösen und anderen psychotherapeutischen Verfahren zurückfällt.

4 Das Beklagen der Unterversorgung

Deutschland verharrte nun bei einem Blick auf die groben Strukturdaten (hier der ambulanten Versorgung) gerade in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung keineswegs auf einem einmal gesetzten Ausgangsniveau. Man kann insofern auch in diesem Feld nicht von einem generellen Ärztebeziehungsweise Therapeutenmangel sprechen (Abbildung 2).

Dass die Landespolitiker dennoch konstant das Lied der Unterversorgung singen, darf nicht verwundern. Kammerpräsident Rainer Richter forderte jüngst 4.000 zusätzliche Psychotherapeuten für Deutschland (FAZ 11.05.2012). Nun wird aber auch durch die Gesundheitsberichterstattung der großen gesetzlichen Krankenkassen und der Rentenversicherung der Eindruck erweckt, Deutschland sehe sich einer dramatischen Welle psychischer Störungen ausgesetzt. Festgemacht wird diese skandalisierende Berichterstattung vor allem am Anwachsen der Arbeitsunfähigkeitstage und Berentungen aufgrund von seelischen Erkrankungen. Verbunden wird diese nunmehr jährliche Öffentlichkeitsarbeit der Kassen und der Rentenversicherung mit unterschiedlich akzentuierten Lösungsvorschlägen, die von der Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung bis zu Verträgen der Integrierten Versorgung reichen.

Im Bereich der Kommunen – ausgehend von Nürnberg – wurden im vergangenen Jahrzehnt „Bündnisse gegen Depression“ gegründet (Hegerl et al. 2003). Das ist auf der einen Seite verdienstvoll, weil sie das Thema enttabuisieren, auf der anderen Seite aber problematisch, da sie – nach Durchführung einer methodisch wenig aussagekräftigen Studie – einen unrealistisch hohen Nutzen eines mehrdimensionalen Ansatzes versprechen. Auch unterstellen sie, eines der Hauptprobleme läge darin, dass Hausärzte nicht sensibel genug diagnostizierten und nicht früh genug überwiesen. Die Autorengruppe relativiert die „positiven“ Ergebnisse (Senkung

der Suizide in einem Jahr um 20 Prozent) später zwar in einer englischsprachigen Zeitschrift (Hübner-Liebermann et al. 2010), kommunizieren diese Botschaft aber fortlaufend in deutschen Medien. Die Öffentlichkeit muss insgesamt in den letzten Jahren den Eindruck gewinnen, dass tatsächlich eine bedrohliche Zunahme psychischer Störungen vorliegt und diese erfolgreich bekämpft werden könnten, wenn endlich die richtigen Therapien eingesetzt würden. So titelte die Süddeutsche Zeitung am 11. März 2011: „Depression: Epidemie des 21. Jahrhunderts?“

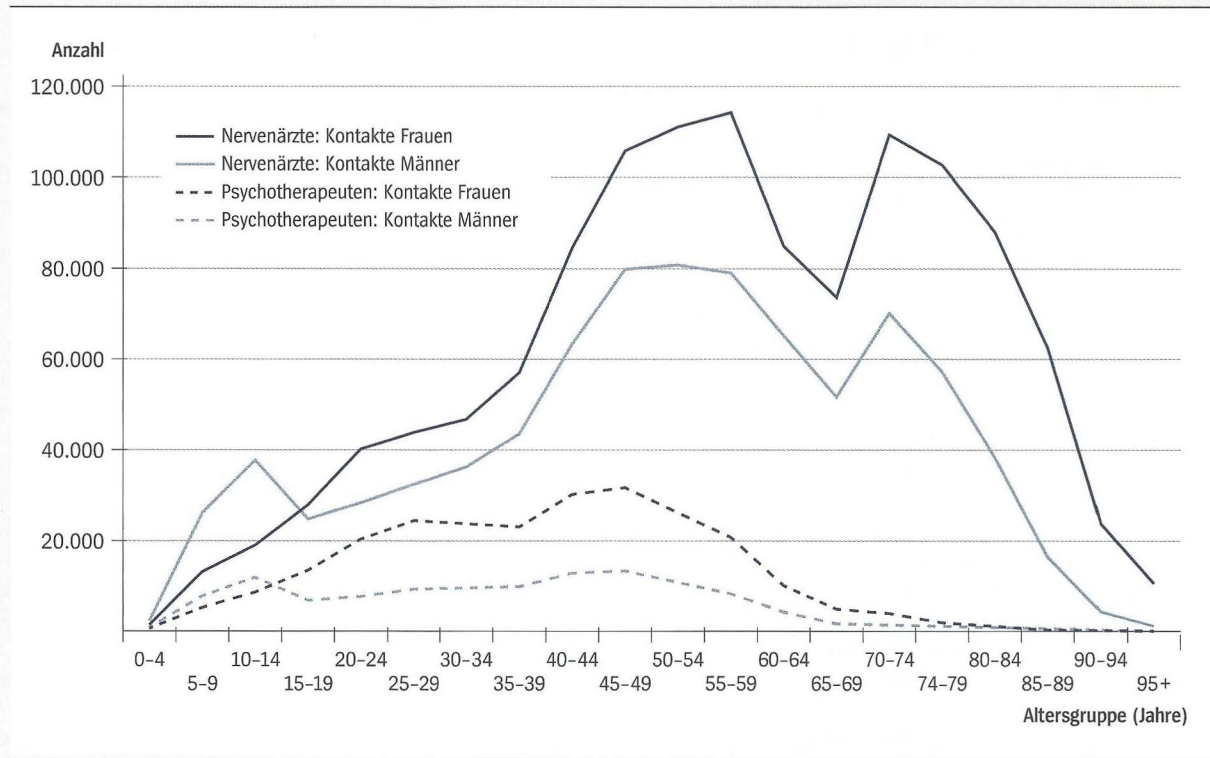
5 Die Legende einer neuen Epidemie

Es ist wichtig, noch einmal darauf hinzuweisen, dass als Quelle für die in den vergangenen Jahren fortlaufend kommunizierte Zunahme psychischer Erkrankungen das Diagnose- und Kodierverhalten der Ärzteschaft verwendet wird. Die Ärzte müssten es ja auch eigentlich wissen, denkt der Laie. Man kann diesen Entwicklungen immer auch etwas Positives abgewinnen: Die Scham vor der Diagnose „Depression“ wie vor psychischen Erkrankungen generell scheint nicht mehr so groß zu sein wie früher. Ein Stück aufgeklärtes Bewusstsein mag sich in der Gesellschaft eingestellt haben. Insofern werden auch Verlegenheitsdiagnosen vielleicht nicht mehr so häufig gestellt wie früher: Da lag dann eben keine Depression vor, sondern eine vegetative Dystonie oder Rückenschmerzen. Dennoch bildet die in den Routinedaten auffindbare Zunahme psychischer Störungen etwas anderes ab als eine tatsächliche Zunahme der Inzidenz und Prävalenz. Die Öffentlichkeit aber nimmt diese Zahlen für bare Münze. Die heute heranwachsende Generation wird in allem Ernst mit der Botschaft konfrontiert, noch nie sei eine Generation so sehr von seelischen Erkrankungen bedroht gewesen.

Für die Annahme einer neuen Epidemie gibt es nun nach deutschen und internationalen Untersuchungen keine schlagkräftigen Belege. Im Gegenteil: Die wenigen methodisch gut gemachten und publizierten Querschnitts- und Längsschnittstudien aus Deutschland und anderen Ländern sprechen sämtlich für ein hohes Maß an Konstanz der Prävalenzdaten (Jacobi 2012). Einwände ernst zu nehmender Art lauten: Die Datenlage ist insgesamt nicht gut genug. Der Bundesgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts müsste hierzu im Sinne eines fortlaufenden Monitorings auf dem Boden von Selbstauskünften künftig ebenso wichtige Beiträge liefern wie expertenbasierte standardisierte Längsschnittuntersuchungen. Die meisten epidemiologischen Studien differenzieren nicht gut genug nach den verschiedenen Formen und Schweregraden psychischer Störungen. Noch einmal anders formuliert: Belastbare Belege für eine beachtliche Zunahme der Prävalenz psychischer Störungen liegen nicht vor. Immer mehr Funktionsträger in der Gesellschaft sind aber offenbar vom

ABBILDUNG 3

Kontakte zu Nervenärzten und Psychotherapeuten nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: WHO 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2012

Gegenteil überzeugt. Insofern ist der Begriff der „gefühlten“ Zunahme außerordentlich zutreffend (Jacobi 2012).

Wie bedeutsam die Frage ist, ob sich hinter einer Therapie tatsächlich eine behandlungsbedürftige seelische Störung verbirgt, mag auf den ersten Blick verstörend wirken. Kessler und Mitarbeiter haben aber anhand von Primärdaten bei einem repräsentativen Sample von US-Bürgern exemplarisch den Beweis geführt, dass dort nur in der Hälfte der Fälle eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ausreichend diagnostisch abgesichert war (Kessler et al. 2005). In weiterem Zusammenhang deuten sie ihre Daten wie folgt: Es besteht ein gravierendes Missverhältnis zwischen Über- und Fehlversorgung bei leicht beeinträchtigten Menschen und eine deutliche Unterversorgung bei schwer psychisch Kranken. Dass es wichtig ist, derartige Untersuchungen durchzuführen, legen auch Versorgungsdaten von AOK-Versicherten nahe: Die außerordentlich alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmedaten werfen die Frage auf, ob die Verteilung von Psychotherapie versus medikamentös ausgerichteter Behandlung tatsächlich dem Bedarf und dem erwartbaren Nutzen entspricht (Abbildung 3).

Natürlich sind die Daten der gesetzlichen Krankenkassen zur Zunahme der Kodierungen von psychischen Störungen und damit einhergehenden Fehlzeiten nicht wegzudiskutieren (Abbildung 4). Dabei muss freilich auch darauf hingewiesen werden, dass die Steigerungsraten von niedrigem Niveau ausgehen und unterschiedlicher Bewertung zugänglich sind. So skandalös wie immer dargestellt, sind diese Steigerungsraten nun auch wieder nicht, auch wenn sie „echte“ Zunahmen an seelischen Störungen abbilden würden.

Hinter all diesen Entwicklungen können sich wie bereits erwähnt sehr wohl auch positive Entwicklungen verbergen, so – wie häufig diskutiert – eine zunehmende Enttabuisierung beziehungsweise Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen. Dies müsste dann freilich auch bei der Interpretation der amtlichen Daten in Rechnung gestellt werden. Schaut man sich etwa den Trend der Renten wegen Erwerbsminderung im letzten Jahrzehnt an, so entspricht die Zunahme der psychischen Störungen nahezu vollständig der Abnahme von Erkrankungen des Bewegungsapparats: Es liegt nahe, dass hier in erheblichem Maße ein Wandel der zur Berentung

führenden Diagnosen stattgefunden hat, nicht aber eine Veränderung der tatsächlich hinter den Diagnosen stehenden Erkrankungen (Abbildung 5).

6 Offene Forschungsfragen

Eine Reihe von Fragen liegt also auf der Hand, wann immer über eine Zunahme psychischer Störungen berichtet wird:

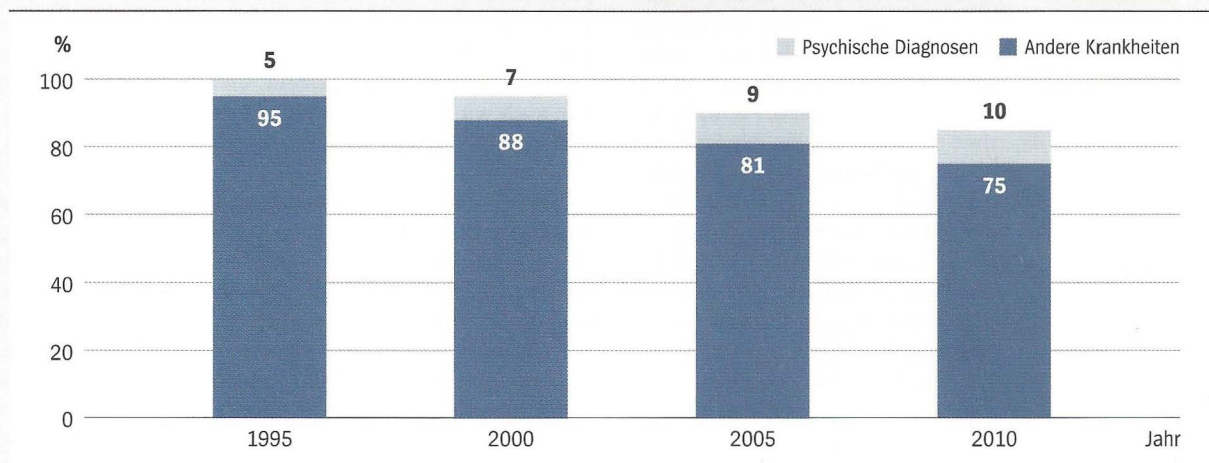
- Wie bedeutsam ist der Effekt der begrüßenswerten Entstigmatisierung/Enttabuisierung für die Zunahme der einschlägigen Diagnosen?
- Wie groß ist der damit zusammenhängende Effekt der Ablösung bisheriger Fehldiagnosen? Früher diagnostizierten Hausärzte gern eine „vegetative Dystonie“, um nicht die mit Makel behaftete Diagnose Depression zu kommunizieren.
- Wie sehr machen sich darüber hinaus Veränderungen in den primären sozialen Netzwerken bemerkbar (mit dem Effekt der Medikalisierung von Problemen, die früher in Familien oder im Freundeskreis besprochen werden konnten)?
- Welchen Effekt hat die Zunahme der Versorgungsdichte?
- Wie plausibel ist die immer wieder geäußerte Vermutung, die Veränderungen in der „modernen“ Arbeitswelt – gegenüber etwa der Nachkriegssituation – seien ursächlich verantwortlich (Verdichtung der Arbeit, prekäre Arbeitsverhältnisse)?
- Welche Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung zeigen nachhaltige Effekte?

- Welche Konzepte zur Betreuung von Arbeitslosigkeit gefährdeter und arbeitsloser Menschen zeigen nachhaltige Effekte?

Es gibt im Grunde wenig Anlass zu der Skandalisierung des Themas „Häufigkeit seelischer Erkrankungen in Deutschland“. Wie wichtig es ist, mehr Klarheit über die tatsächliche Prävalenz psychischer Störungen und das Ausmaß von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Kontrast zu angemessener Versorgung zu erhalten, zeigen auch noch einmal die epidemiologischen Studien im Gefolge der U.S. Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study (Bijl et al. 2003). Danach spricht viel dafür, dass die größte Aufmerksamkeit der Behandlungssysteme sich auf die leichten „Fälle“ psychischer Störungen richtet, einschließlich von Menschen, bei denen eine ICD-Diagnose fragwürdig erscheinen kann, während im Bereich besonders schwer beeinträchtigter Menschen tendenziell Unterversorgung zu beobachten ist. Dieser Befund muss zu denken geben, wenn nach einer Erweiterung der Ressourcen für die Behandlung und Begleitung psychisch Kranker gerufen wird: Die Gelder fließen leider nicht automatisch in die richtige Richtung, da es unproblematischer ist, das Leistungsspektrum für leicht beeinträchtigte Ratsuchende zu erweitern als für diejenigen, bei denen spürbare therapeutische Fortschritte oft schwer zu erreichen sind. In diesem Zusammenhang sei auf Forschungsprojekte zum „Stepped-Care-Ansatz“ von Depressionen hingewiesen, die genau darauf abzielen, die Therapieintensität dem tatsächlichen Bedarf nach Schweregrad der Beeinträchtigungen anzupassen (siehe für Deutschland vor allem www.psychenet.de/ueber-psychenet/teilprojekte/depression.html)

ABBILDUNG 4

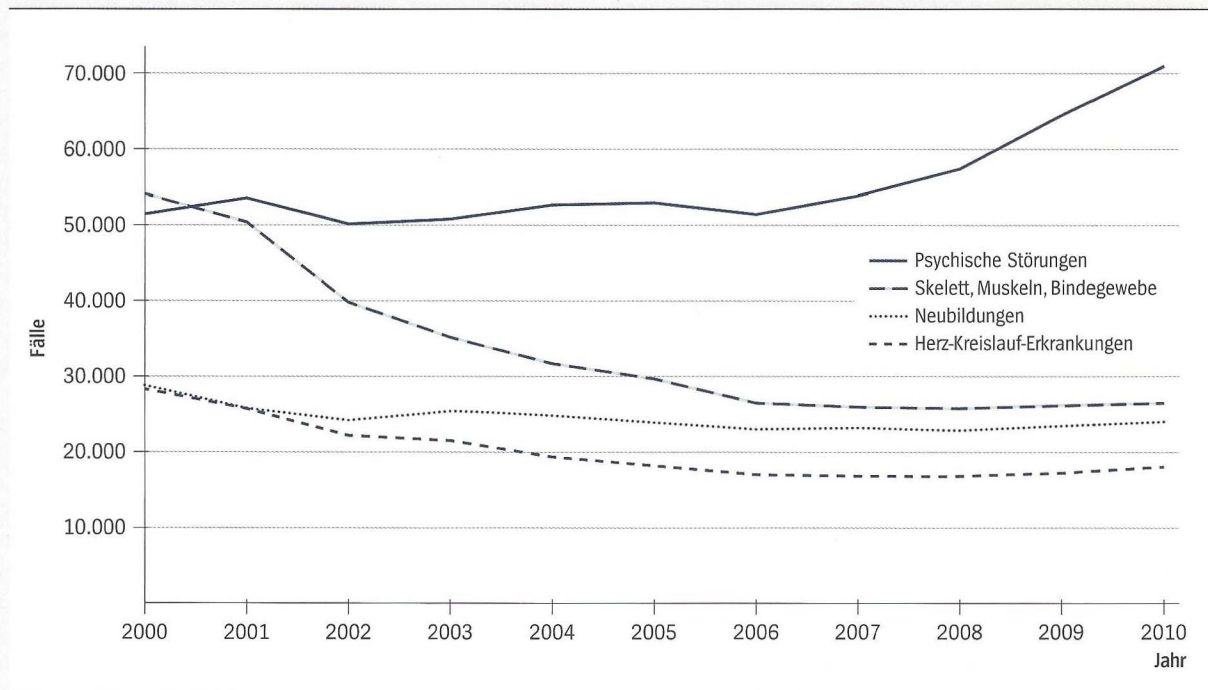
Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland



Quelle: Jacobi 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2012

ABBILDUNG 5

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach ausgewählten Diagnosenhauptgruppen



Quelle: DRV-Schriften, Band 22; Grafik: G+G Wissenschaft 2012

Bleibt es bei dem Trend zur Fehldeutung psychischer Störungen als einer neuen Bedrohung, ist dies nicht nur per se problematisch, weil einer Bevölkerung suggeriert wird, sie laufe in eine dramatische neue Epidemie hinein. Es wird vielmehr wie gewohnt reflexartig die Forderung nach Zunahme der Versorgungsdichte befördern, ohne dass gute Konzepte vorliegen, die die zugegebenermaßen komplizierte Frage nach einer angemessenen Versorgung besser als bisher beantworten könnte.

7 Ausblick

Viele Menschen werden dennoch fragen: Ist die Debatte um die „wahre“ Prävalenz von seelischen Störungen nun bloß ein weiterer akademischer Streit „um des Kaisers Bart“, da doch augenfällig zu sein scheint, dass es insbesondere angesichts der Wartelisten der Psychotherapeuten deutliche Versorgungsprobleme gibt? In diesem Zusammenhang gewinnt vermutlich die Debatte um das „Burn-out“ ihre wahre Bedeutung: Wem leuchtet nicht ein, dass „man“ und „frau“ angesichts der vielfältigen Herausforderungen der modernen Welt der Gefahr ausgesetzt ist, seelisch zu verbrennen,

ausgelaugt zu werden? Diese Denkfigur ist wohl vor allem deshalb so populär, weil damit die immer noch mit Schamgefühlen versehene Diagnose „Depression“ vermieden werden kann und stattdessen das besonders große Engagement in der Arbeitswelt herausgestellt wird, das eigentlich belohnt werden müsste. Demzufolge sind es dann die neuen Medien, die Technologie, die Arbeitgeber, die den Menschen heute angeblich permanent überfordern. Es ist schon einigermaßen absurd, wie solche Überzeugungen Platz greifen können, wenn man an die Belastungen früherer Generationen denkt. Aber Argumente helfen nicht immer, wie auch dem Wissenschaftler bekannt ist; hier hilft vermutlich nicht einmal der Hinweis darauf, dass die Suizidraten in den reichen Industrienationen in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gesunken sind (Angst et al. 2005). Burn-out ist eine Modediagnose geworden (Kaschka et al. 2011), oder wie Koch und Broich es im Schwerpunkttheft der Bundesgesundheitsblätter diplomatischer formulieren: „Der Stand empirisch gesicherten Wissens zu Burn-out ist gegenwärtig noch als eher unübersichtlich und insgesamt unbefriedigend zu bezeichnen“ (Koch und Broich 2012, S. 162).

Wenn nicht die Frage nach der tatsächlichen Prävalenz stärker mit der Frage nach angemessenen Versorgungs-

und Betreuungsstrategien verbunden wird, dann wirkt die Debatte um die „wahre“ Prävalenz tatsächlich abgehoben. Fragt man aber, wie stabil das Fundament der psychosozialen Versorgung in der Medizin ist, dann wird deutlich, dass bislang die veröffentlichten Zahlen fast ausschließlich zu der Forderung führen: mehr vom selben. Mehr Psychopharmaka, mehr Psychotherapeuten. Ergänzt allenfalls noch durch: besser trainierte Hausärzte.

Leider besteht wenig Gewissheit, dass mit einer Ausweitung der bisherigen Versorgungsangebote ein zukunftsweisendes Konzept gefunden werden kann. Wenn unstrittig ist, dass heute erfreulicherweise seelische Not nicht mehr so brutal diskriminiert wird, wie es früher der Fall gewesen ist, dann muss jetzt ernsthaft darüber diskutiert werden, wie man sich dem Ziel einer angemessenen Versorgung von Menschen mit unterschiedlichen seelischen Problemen und Erkrankungen nähern kann. Das sollte sowohl wegen der „tatsächlichen“ als auch wegen der „gefühlten“ Prävalenz und der damit unauflösbar verbundenen Frage nach der Effizienz vorhandener und neuer Versorgungsmodelle zu einer massiven Verstärkung der Investitionen in die Erforschung von Methoden und Konzepten moderner psychosozialer Versorgung führen. Besonders lohnend wäre nach Auffassung des Autors eine Intensivierung der Forschung in folgenden Bereichen:

- Verstehen der Perspektive von seelisch Kranken und ihres primären sozialen Netzwerks auf ihre Probleme und Erfahrungen mit dem Versorgungssystem: Spielt diese, überwiegend qualitative Forschung schon bei somatischen Erkrankungen eine untergeordnete Rolle, so ist sie bei seelischen Erkrankungen erstaunlicherweise kaum entwickelt.
- Ermittlung des mittel- und langfristigen Nutzens der Psychopharmaka als alleiniger Therapie und in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren: Hier herrscht in der Praxis eine Polypragmasie vor, die ganz maßgeblich etwas damit zu tun hat, dass Studien längerer Reichweite die Ausnahme darstellen. Der häufige Einsatz von Antidepressiva steht in einem erstaunlichen Kontrast zu den mäßigen Nutzenbelegen.
- Ermittlung des mittel- und langfristigen Nutzens der heute von der GKV finanzierten Methoden der Richtlinienpsychotherapie bei unterschiedlichen Beschwerdebildern und Beschwerdegraden. Die deutsche Praxis der Psychotherapiebewilligungen ist weltweit einmalig und ausschließlich kulturell-historisch und sozialpolitisch begründet. In keinem anderen Versicherungssystem auf der Welt werden Langzeittherapien so umfangreich finanziert wie in der GKV.
- Entwicklung eines tragfähigeren Systems von Kriseninterventionen: Das bestehende Netz an sozialpsychiatrischen Diensten ist offenkundig nicht ausreichend belastbar. Mit Blick auf die somatische Medizin besteht in Deutschland, vereinfacht gesagt, kein vergleichbares und evaluiertes „Notfallsystem“ für seelische Krisen.

- Verbesserung des Wissens um den Standort der hausärztlichen/allgemeinmedizinischen Praxen in Versorgungskonzepten: Es steht außer Frage, dass die Allgemeinmedizin heute und in Zukunft wegen der weiter steigenden Lebenserwartung noch mehr eine zentrale Rolle bei seelischen Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten spielt. Hier geht es nicht allein um die Schulung im Sinne einer früheren Überweisung an Spezialisten, sondern um die eigenständige therapeutische Rolle der Allgemeinmedizin.
- Verbesserung des Wissens um den Standort anderer Fachberufe in Versorgungskonzepten. So ist die Rolle der psychiatrischen ambulanten Pflege nicht gut evaluiert. Das Beispiel der Soziotherapie zeigt, wie wenig zielführend es ist, in einem Top-Down-Ansatz ein nicht ausreichend evaluiertes Berufsbild in der psychiatrischen Versorgung zu implementieren.
- Methodisch angemessene Längsschnitt-Evaluation regionaler Ansätze des „Bündnisses gegen die Depression“: So plausibel es ist, dass für die Prävention wie die Begleitung depressiver Störungen nicht allein das professionelle System zuständig sein kann, so unklar ist, welche Strukturen und Finanzierungsmodalitäten die zahlreichen Bündnisse auf kommunaler Ebene haben sollten.
- Entwicklung von Standards zur Längsschnitt-Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung: Auch hier besteht ein Kontrast zwischen der Plausibilität der Konzepte, einzelnen Nutznachweisen und dem Bedarf an Nachhaltigkeitsforschung.
- Entwicklung eines wissenschaftlich verantwortbaren Monitoring-Systems zur Verbesserung der Prävalenzdebatte: Es bedarf langfristig angelegter Forschung zu Trends in der Prävalenz seelischer Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen; diese kann nur aus öffentlichen Mitteln finanziert werden.

Nun mag solchen oder anderen Prioritätenlisten entgegengehalten werden, dass sie nichts anderes als akademisches Wunschdenken darstellen. Insofern sei am Ende die persönliche Bemerkung platziert, dass eine „bedarfsgerechte“ Versorgung sich auch bei massiver Verstärkung der Forschung natürlich nicht allein aus Studiendaten entwickeln lässt, weil der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit selber immer unscharf bleiben wird. Es gibt anders gesagt neben den Ergebnissen einer noch so guten wissenschaftlich begründeten Versorgungsforschung immer auch einen sozialpolitisch außerordentlich wirksam „gefühlten“ Bedarf. Und es mag auch sein, dass manche Unterstützung, die früher in den primären sozialen Netzwerken wirksam erbracht wurde, heute dem professionellen Helfersystem zugedacht werden muss. Der Blindflug, auf dem wir uns bislang allerdings bei der Entwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung weitgehend befinden, ist weder für besorgte Menschen noch für seelisch Kranke noch für die GKV akzeptabel. Er fördert im Grunde auch nicht das Vertrauen in die Therapeuten. Es

bedarf freilich einer nachhaltigen Forschungsstrategie, welche sicher auf den Ergebnissen der bisherigen Programme des BMBF und der Versorgungsforschung aufbauen kann, aber einen deutlich längeren Atem entwickeln muss. Dann kann die aufgeregte Debatte, ob die Bevölkerung immer kränker wird, vielleicht innerhalb von zehn Jahren in sachlichere Bahnen geführt und die Aufmerksamkeit darauf gerichtet werden, in welche Richtungen unser hausärztliches wie psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsangebot tatsächlich weiterentwickelt werden muss.

Zitierte und weiterführende Literatur

- Abholz HH (2005):** Warum lassen sich Hausärzte so leicht der Vernachlässigung in der Patientenversorgung überführen? Berechtigte Kritik oder Missverständnis des Faches. *Z Allg Med*, Jg. 81, Heft 11, 397–404
- Adams M (2004):** Antidepressant drugs found in drinking water; pharmaceuticals have now become environmental pollutants. (Natural News.com online 19.08.2004); www.naturalnews.com/001891.html
- Angst J, Angst F, Gerber-Werder, Gamma A. (2005):** Suicide in 406 Mood-Disorder Patients With and Without Long-Term Medication: A 40-44 Year's Follow Up. *Archives of Suicide Research*, Band 9, Heft 3, 279–300
- Bär T, Tophoven C (2010):** Psychische Erkrankungen im Fokus der Krankenkassen – eine Analyse der Gesundheitsberichte seit 2000. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 64, Heft 2, 38–48
- Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler R et al. (2003):** The Prevalence of Treated And Untreated Mental Disorders In Five Countries. *Health Affairs*, Band 22, Heft 3, 122–133
- Fava GA, Offidani E (2011):** The mechanisms of tolerance in antidepressant action. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, Band 35, Heft 7, 1593–1602
- Franx G, Oud M, de Lange J et al. (2012):** Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. *Implementation Science*, 7:8; doi:10.1186/1748-5908-7-8
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011):** Abschlussbericht der AG „Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression“. Berlin; www.g-ba.de/downloads/17-98-3016/2011-02-17_Versorgungsorientierung_Bericht.pdf
- GEK (Gmünder Ersatzkasse) (2007):** GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 59. St. Augustin: Asgard-Verlag, S. 74; www.lpk-bw.de/archiv/news2008/pdf/071130_gek_report_2007.pdf
- Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ (2005):** The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry*, Band 62, Heft 2, 165–172
- Hager WC, Abholz HH (2005):** Zur Prävalenz von Depression und Angststörung in der Hausarztpraxis – eine Sekundärauswertung. *Z Allg Med*, Band 81, Heft 11, 482–485
- Hegerl U, Althaus D, Niklewski D, Schmidtke A (2003):** Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention: Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 100, Heft 42, 2732–2737
- Hübner-Liebermann B, Neuner T, Hegerl U et al. (2012):** Reducing suicides through an alliance against depression? *Gen Hosp Psychiatry*, Band 32, Heft 5, 514–518
- Jacobi F (2012):** Der Hype um die kranke Seele. *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 15, Heft 5, 22–27
- Jacobi F (2006):** Psychische Störungen als Kostenfaktor in der Arbeitswelt. <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/jacobi-koeln-291106.pdf>
- Kaschka WP, Korczak D, Broich K. (2011):** Burn-out. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 108, Heft 46, 781–787
- Kessler RC, Demler O, Frank RG et al. (2005):** Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*, Band 352, Heft 24, 2515–2523
- Koch U, Broich K (2012):** Das Burn-out-Syndrom. *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 55, Heft 2, 161–163
- Moncrieff J, Kirsch I (2005):** Efficacy of antidepressants in adults. *BMJ*, Band 331, 155–159
- Moynihan R, Heath I, Henry D (2002):** Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, Band 324, 886–891
- Richter D, Berger K, Reker T (2008):** Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, Jg. 35, Heft 7, 321–330
- Spieß H, Jacobi F (2008):** Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis*, Jg. 35, Heft 7, 318–320
- Wittmann WW, Lutz W, Steffanowski A et al. (2011):** Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse; www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/54714

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Jahrgang 1948, Studium der Medizin und Soziologie an der Universität Marburg und der Westminster Medical School in London; Facharzt für Innere Medizin, öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. 1994 bis 1999 Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Von Juli 1999 bis

September 2003 Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband. Oktober 2003 bis September 2011 Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen, seither assoziiertes Mitglied des Instituts für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Seit 2004 unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.