

Gabriela Stoppe

# WinWinWin: die wissenschaftliche Perspektive

## Bedeutung psychischer Erkrankungen

Auf der internationalen Ebene wird die Bedeutung der psychischen bzw. mentalen Gesundheit für das Wohlergehen der Bevölkerung zunehmend hervorgehoben: *There is no health without mental health* [1, 2]. Angesichts der epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Daten kann auch niemand mehr wegschauen. Beispielsweise entfallen 3–4% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) auf psychische Erkrankungen im Vergleich zu 1% für koronare Herzerkrankungen [1].

Eine aktuelle Untersuchung beschreibt die Hauptthemen [3]: Bezüglich der Prävalenz liegen Angststörungen (14,0%) vor Schlafstörungen (7,0%), Depressionen (6,9%), Demenzen (5,4%), hyperkinetischen Störungen/ADHD (5%), somatoformen Erkrankungen (4,9%) und Alkohol- und Drogenabhängigkeit (>4%). Bezüglich der Krankheitslast machen neuropsychiatrische Erkrankungen einen Anteil von 30,1% bei den Frauen und 23,4% bei den Männern aus. Zwar stiegen in den letzten Jahren – mit Ausnahme der Demenz – die Krankheitshäufigkeiten nicht eindeutig an, weltweit wird jedoch eine Zunahme von direkten und indirekten Kosten psychischer Erkrankungen von 2,5 im Jahre 2010 auf 6,0 Billionen US Dollar 2030 prognostiziert [4]. Schon heute spielen psychische Erkrankungen die Hauptrolle bei Erwerbsminderungen und Frühberentungen [5].

Die OECD beklagt, dass die Angebote derzeit auf schwere Erkrankungen ausgerichtet seien und zu wenig für die mässig oder leicht

Erkrankten sowie für die Prävention getan werde [5]. Gleichzeitig wird bei schwer psychisch Kranken ein zunehmender «mortality gap» beschrieben als Hinweis darauf, dass diese PatientInnen von den Vorteilen des Gesundheitswesens immer weniger profitieren [6]. Psychische Erkrankungen treten fast nie isoliert auf. Meistens bestehen weitere psychische Diagnosen und/oder somatische Erkrankungen. Schon allein diese Zusammenhänge legen nahe, die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung eher noch enger in den «somatischen» Behandlungskontext einzubinden. Besondere Gruppen sind derzeit noch die alten Menschen, die alle Formen der Psychotherapie nicht oder zu wenig erhalten [7]. Auch die Versorgung von Migranten ist noch problematisch.

Neue Entwicklungen müssen für die Zukunft beachtet werden: In den letzten Jahren wurde beobachtet, dass immer mehr Menschen Informationen, gerade auch zur seelischen Gesundheit, aus dem Internet holen und ihr Kenntnisstand zu psychischen Erkrankungen im Längsschnitt zugenommen hat [8, 9]. Gleichzeitig werden Beratungen und Psychotherapie via Telefon oder Internet angeboten und zeigen in ersten Studien gute Resultate, welche die Hoffnung erlauben, dass einige bekannte Behandlungsbarrieren so überwunden werden könnten [10].

Zum anderen führt der demographische Wandel ebenso wie der Fachkräftemangel zu einer Diskussion über einen «Neuzuschnitt der Gesundheitsberufe» [11].

### Welche Form der Kooperation verbessert die Versorgung?

Zunächst einmal gibt es verschiedene Formen zur Verbesserung der Grundversorgung. Wenn die Hausärzte und/oder ihre MitarbeiterInnen fortgebildet werden, dann ist das für sie relativ aufwändig. Andersherum ist die Zuweisung an psychiatrische Einrichtungen für diese belastend. Dazwischen stehen Konsultations-/Liaison-Dienste und sogenannte Collaborative-Care-Modelle [12]. Wissenschaftliche Studien favorisieren heute eindeutig letztere, wobei sie vor allem für affektive Störungen untersucht sind [12–14]. Hingegen haben Fortbildungsprogramme im klassischen Sinn ebenso wie die Einführung von Screenings ohne ein darauf abgestimmtes «Programm» keinen sicheren Effekt auf die Versorgung [12, 15]. Unter Collaborative Care wird dabei eine Versorgung verstanden, die folgende Basiskriterien erfüllt:

- multidisziplinärer Zugang, meistens Hausarzt und psychosoziale Berufsgruppe;
- strukturierter Management-Plan;
- sorgfältige Patientennachsorge;
- vermehrter interdisziplinärer Austausch.

### Schlussfolgerungen und der WinWinWin-Gedanke

Hausärztliche und psychiatrische Versorgung müssen enger zusammenkommen [15]. Die Wissenschaft hat strukturierte Kooperationen bei Volkskrankheiten wie Depression, Angst, Demenz untersucht und zeigen können, dass sie der «üblichen» Behandlung überlegen ist.

Während der Veranstaltung bestätigte sich, dass es bereits Kooperationen gibt, aber wohl eher informelle Netzwerke von bestimmten HausärztInnen mit bestimmten PsychiaterInnen, die durch wachsende Erfahrung in der Zusammenarbeit gefestigt werden. Um die Zusammenarbeit im Sinne eines (sehr schweizerischen) Bottom-up-Ansatzes zu verbessern, müsste besser verstanden werden, was die derzeitigen Kooperationen begünstigt. Darauf könnte dann aufgebaut werden. Erste Ideen dazu haben wir im November bekommen.

### Literatur

- 1 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:DE:PDF> (Zugriff 3.1.2013).
- 2 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (Zugriff 3.1.2013).
- 3 Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21:655–79.

- 4 Zylka-Menhorn V. Psychische Erkrankungen. Eine weltweite «Epidemie». *Dtsch Arztebl.* 2011;11:510–1.
- 5 <http://www.oecd.org/berlin/publikationen/sickonthejobmythsandrealities-aboutmentalhealthandwork.htm> (Zugriff 3.1.2013).
- 6 Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:1123–31.
- 7 Heuft G, Telger K, Wolter D, Imai, T. Versorgungssituation Älterer bezüglich ambulanter Richtlinienpsychotherapie. In: Stoppe G (Hrsg.): Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Report Versorgungsforschung 3 (Reihen-Hrsg. Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC). Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2011:55–68.
- 8 Horch K, Ryl L, Hintzpeter B, Dierks ML. Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. Hrsg. Robert Koch Institut Berlin. *GBE kompakt* 2011;2(2).
- 9 Angermeyer CM, Matschinger H. Have there been any changes in the attitudes towards psychiatric treatment? *Acta Psychiatr Scand.* 2005;111:68–73.
- 10 Bee PE, Bower P, Lovell K, Gilbody S, Richards D, et al. Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry.* 2008;8:60.
- 11 Frank J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376 (9756):1923–58.
- 12 Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *Brit J Psychiatr.* 2005;186:11–7.
- 13 Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD006525.
- 14 Smolders M, Laurant M, Roberge P, van Balkom A, van Rijswijk E, et al. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. *Can J Psychiatry.* 2008;53:277–93.
- 15 Sikorski C, Luppá M, König HH, van den Bussche H, Riedel-Heller SG. Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:10.
- 16 Thielke S, Vannoy S, Unützer J. Integrating mental health and primary care. *Prim Care.* 2007;34(3):571–92.

---

Korrespondenz:  
 Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe  
 St. Alban-Anlage 37  
 CH-4052 Basel  
 gabriela.stoppe[at]unibas.ch