

dizinische Hochschule Hannover das Konzept einer vierfach gestuften Maximaltherapie, innerhalb derer der Verzicht auf Therapieeskalation und Reanimation keine Therapiebegrenzung darstellt. Auch andernorts wird ein solches oder ähnliches Stufenkonzept („gestaffeltes Vorgehen“) praktiziert: Die erste Entscheidung ist meist, auf eine kardiopulmonale Wiederbelebung im Falle eines Kreislaufversagens zu verzichten, auf der zweiten Stufe werden weitere ärztliche Interventionen begrenzt (zum Beispiel Dosiserhöhungen), und erst zuletzt werden begonnene Therapieverfahren abgebrochen. Diese Strategie mag Ärzte und Pflegekräfte subjektiv entlasten (15), eine befriedigende Lösung bietet sie nicht, zumal es nicht immer gelingt, dieses Konzept den Angehörigen zu vermitteln (10).

Therapiereduktion leichter als Beendigung der Behandlung

Da sich der Grenzbereich zwischen Leben und Tod der exakten Bestimmbarkeit entzieht, fällt aus ärztlicher Sicht eine Therapiereduktion oftmals leichter als ein Therapieabbruch (14) – medizinisch macht es jedoch keinen Unterschied, ob das Sterbenlassen durch die Nichtaufnahme oder erst den Abbruch einer Behandlung in Kauf genommen wird. Die konsequente Verwendung von VaW-Anordnungen (VaW = Verzicht auf Wiederbelebung) beziehungsweise DNR-Formularen („Do-not-resuscitate“-Anordnungen; deutschsprachig [16, 17]) schafft zumindest Klarheit im Vorgehen. Ebenfalls hilfreich sind qualifizierte Patientenverfügungen, die ob ihrer Verbindlichkeit bezüglich der Therapieabwehr nicht diskutiert werden müssen. Patienten, die in ihrer Verfügung Behandlungswünsche äußern, sollten wissen, dass deren Umsetzung eine medizinische Indikationsstellung erfordert. Es lohnt sich, in der Bevölkerung für Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen zu werben, wobei sich Ärzte primär als Anwälte des Lebensrechts verstehen sollten. ■

Dr. Beate Grübler

@ Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit2611

PATIENTEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Oft am Spezialisten vorbei

Erste Ergebnisse einer umfassenden Versorgungsstudie bestätigen eine zu erwartende hohe Prävalenz.

Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Patienten mit psychischen Erkrankungen nimmt zu. Daher führt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)



Förderinitiative
Versorgungsforschung der
Bundesärztekammer

derzeit eine Studie zur Evaluation und Optimierung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen durch.* Mit der von der Bundesärztekammer geförderten Untersuchung soll anhand der Routinedaten dreier Ersatzkassen (DAK, KKH-Allianz, hkk) und der Deutschen Rentenversicherung eine deskriptive sektoren- und disziplinenübergreifende Auswertung des Inanspruchnahme-

verhaltens psychisch Kranker im Gesundheitssystem vorgenommen werden. Hieraus sollen Hinweise auf möglicherweise bestehende Versorgungsmängel (Über-, Unter- oder Fehlversorgung) bei Personen mit psychischen Erkrankungen

abgeleitet werden. In einem interregionalen Vergleich wird geprüft, ob es Versorgungsunterschiede in einzelnen Regionen (alte/neue Bundesländer; städtische/ländliche Regionen) gibt. Des Weiteren soll geprüft werden, ob sich Prädiktoren für ungünstige Krankheitsverläufe, von denen zum Beispiel bei häufiger Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderungsrente aufgrund einer psychischen Störung auszugehen ist, identifizieren lassen.

Im Zentrum der Analyse steht die Versorgungssituation von Erkrankten mit Diagnosen aus folgenden diagnostischen Gruppen psychischer Störungen gemäß ICD-10-GM (Internationale Klassifikation der Krankheiten, German Modification):

UMFASSENDE DATENBASIS

Für die Analysen wurde eine Datenbasis generiert, in der die anonymisierten Kranken- und Rentenversicherungsdaten aller Erkrankten mit den genannten Diagnosen im Untersuchungszeitraum versichertenbezogen zusammengeführt wurden. Für die Auswertungen stehen nicht nur die Diagnose- und Leistungsdaten zur Verfügung, die in Verbindung mit den ICD-Diagnosen F0–F5 standen, sondern auch Informationen zu somati-

schon Diagnosen und den hiermit verbundenen kurativen und rehabilitativen Leistungen wie auch Informationen zu Diagnosen und Leistungen in Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen (F6–F9), an denen die Erkrankten gegebenenfalls zusätzlich zu ihren F0–F5-Diagnosen litten. Mit der Datenzusammenführung, der treuhänderischen Datenverwaltung und der Umsetzung der Datenanalysen wurde das IGES-Institut Berlin beauftragt.

- organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)
- psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)
- affektive Störungen (F3)
- neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5).

Anhand der in den Routinedaten dokumentierten Diagnosen ließen sich im Untersuchungszeitraum vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2007 unter den circa zehn Millionen Versicherten der beteiligten Krankenkassen diejenigen identifizieren, für die nach der medizinischen Versorgung eine oder auch mehrere Behandlungsdiagnosen (ambulant) oder Haupt-/Nebendiagnosen (stationär) der oben genannten diagnostischen Gruppen kodiert wurden. Die Versicherten mit entsprechenden Diagnosen im Untersuchungszeitraum stellen die Untersuchungspopulation der vorliegenden Studie dar. In der Studie wurde erstmalig eine anonymisierte Datenbasis erstellt, in der Kranken- und Rentenversicherungsdaten von psychisch Erkrankten für einen Zeitraum von drei Jahren zusammengeführt wurden.

Als erste Ergebnisse können berichtet werden: Für knapp 3,3 Mil-

lionen der insgesamt zehn Millionen Versicherten der beteiligten Kassen wurden im Untersuchungszeitraum eine oder mehrere psychische Erkrankungen der diagnostischen Gruppen F0–F5 dokumentiert (Tabelle).

97,6 Prozent der Untersuchungspopulation hatten ambulante Kontakte zum medizinischen Versorgungssystem, die mit der Diagnose einer psychischen Störung assoziiert waren. Allerdings waren davon nur knapp 30 Prozent mit der Diagnose einer psychischen Störung beim Vertreter einer psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologischen Berufsgruppe in Behandlung (Nervenärzte, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten).

Für circa sechs Prozent der 3,3 Millionen Erkrankten wurden stationäre Aufenthalte mit der Hauptdiagnose einer psychischen Störung dokumentiert. Die stationäre psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung obliegt sowohl den entsprechenden Fachkliniken als auch den Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern oder Universitätskliniken. Etwa 70 Prozent der mit einer Hauptdiagnose einer psychischen Störung stationär behandelten Erkrankten wurden in einer dieser Einrichtungen versorgt. Folglich wurden stationär ungefähr 30 Prozent der Erkrankten mit Hauptdiagnose einer psychischen Störung in primär somatischen Einrichtungen versorgt, wobei die Frage, ob hier eine psychiatrische/psychosomatische Konsiliarbehandlung erfolgte, anhand der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden kann. Für mehr als 99 Prozent der 3,3 Millionen psychisch Erkrankten wurde im Untersuchungszeitraum bei Inanspruchnahme medizinischer Versorgung auch eine somatische Diagnose kodiert.

Erste Auswertungen von Arbeitsunfähigkeits- und Rentendaten von Erkrankten im erwerbsfähigen Alter (15 bis 65 Jahre) zeigen, dass 22 Prozent aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig und 1,5

Prozent aufgrund einer psychischen Störung berentet wurden. Pro 2,5 Versichertenjahre wurde eine Arbeitsunfähigkeit mit der Diagnose einer psychischen Störung dokumentiert.

Die hier vorgestellten ersten Ergebnisse bestätigen die aus epidemiologischen Untersuchungen zu erwartende hohe Betroffenenzahl (1, 2) und geben Einblicke in die Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen. Die Versorgungsforschung auf der Basis von Routinedaten bietet trotz aller methodisch bedingten Einschränkungen ein hohes Potenzial zur Darstellung der Inanspruchnahme und der Analyse von Versorgungspfaden für Menschen mit psychischen Störungen (3, 4). Im Hinblick auf die gesetzlich vorgeschriebene (§ 17 d Abs. 8 KHG [5]), Begleitforschung zum neuen psychiatrisch-psychosomatischen Entgeltsystem bieten die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie wichtige Daten zur Darstellung der Versorgungssituation vor Einführung des neuen Entgeltsystems. ■

*Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel,
Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Zielasek,
Sandra Kowitz,
Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie,
LVR-Klinikum Düsseldorf,
Medizinische Fakultät,
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Prof. Dr. med. Jürgen Fritze*

LITERATUR

- Jacobi F, Klose M, Wittchen HU: Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2004; 47: 736–44.
- Weber A, Hörmann G, Köllner V: Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Dtsch Arztebl 2006; 103(13): A 834–41.
- Gaebel W, Zielasek J, Kowitz S: Nutzung von Routinedaten für die psychiatrische und psychosomatische Versorgungsforschung. Die Psychiatrie 2011; 8: 23–33.
- Schubert I, Köster I, Küpper-Nybelen J, Ihle P: Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellungen der Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2008; 51: 1095–105.
- Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). <http://www.gesetze-im-internet.de/khg/index.html>, letzter Zugriff: 29.3.2011.

TABELLE

Anzahl Versicherter, für die eine F0–F5-Diagnose gemäß ICD-10-GM kodiert wurde (aufgrund von Komorbiditäten sind Mehrfachnennungen möglich)

Diagnostische Gruppe psychischer Störungen gemäß ICD-10-GM	Anzahl Versicherter mit dokumentierter Diagnose gemäß ICD-10-GM (Kapitel F)
F0	384 007
F1	635 752
F2	138 138
F3	1 484 329
F4	2 292 691
F5	341 650