



**KOMPETENZ**  
ZENTRUM **FRAUEN & GESUNDHEIT**  
**NRW**



# Psychische Gesundheit

Claudia Hornberg / Claudia Bürmann



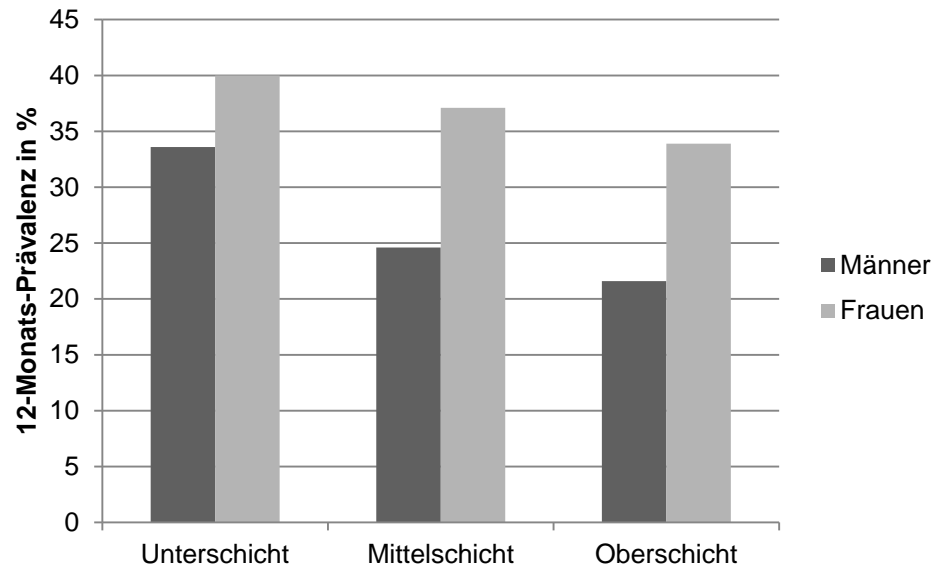
## **Geschlechterspezifische Aspekte** in der Psychischen Versorgung (I)

- Zunahme der Aufmerksamkeit für geschlechter-spezifische Aspekte
- vielfältige Gründe, beide Geschlechter different bei der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen zu berücksichtigen:
  - unterschiedliche Prävalenzen von Erkrankungen (*Bspl.* Frauen 25% Lebenszeitprävalenz, Männern 12%)
  - Frauen begehen häufiger Suizidversuche, Männer sterben häufiger an vollendetem Suizid
  - Diagnosestellung und Behandlungsbeginn hängen von *Art der Hilfesuche & geschlechtsspezifischen Rollenbildern der Hilfesuchenden/ Professionellen* ab

## **Geschlechterspezifische Aspekte** in der **Psychischen Versorgung (II)**

- wenig bekannt: mögliche geschlechterspezifische Einflussfaktoren auf unterschiedliches Hilfesuchverhalten
- bei REHA - Maßnahmen spielen geschlechterdifferente Betrachtungen eine große Rolle
- Studien zeigen unterschiedliche Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit für Frauen und Männer
- in „intimeren“ und emotionaleren Fachbereichen (Gynäkologie, psychotherapeutischen Fächern) werden Frauen als Ansprechpartnerinnen signifikant häufiger „gewünscht“

## Public Health-Relevanz psychischer Störungen



12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei 18 – 65 jährigen Männern und Frauen nach sozialer Schichtzugehörigkeit

## Modul „Psychische Gesundheit“ (DEGS-MH) 2009–2012 - **METHODIK**

- standardisierte diagnostische Interviews (90-120 Min) mit 3959 Personen (Alter 18–79)
- Gegenüberstellung mit Daten des BGS 1998
- Ziele der Untersuchung:
  - differenzierte klinisch-diagnostische Erfassung psychischer Störungen
  - Abschätzung des Versorgungsbedarfs

## Modul „Psychische Gesundheit“ (DEGS-MH) 2009–2012 - **ERGEBNISSE**

- jedes Jahr weisen 33,3% der Bevölkerung in Deutschland eine oder mehrere psychische Erkrankungen auf
- keine Steigerung der Erkrankungsrate, aber Verlagerung der Erkrankungen
- höchste Prävalenz: junge Menschen
- Frauen: geringfügig mehr betroffen als Männer
- geschlechtsspezifische Unterschiede: Angststörungen, Essstörungen, Depressionen

## Modul „Psychische Gesundheit“ (DEGS-MH) 2009–2012 - **ERGEBNISSE**

- psychische Erkrankungen treten oft mit anderen Erkrankungen auf (Komorbidität)
- Behandlungsraten steigen bei Komorbidität
- Arbeitsunfähigkeitsrate steigt mit der Anzahl der Diagnosen
- nur 43% der Betroffenen hatten aufgrund der psychischen Erkrankung jemals Kontakt zum Medizinsystem

## Modul „Psychische Gesundheit“ (DEGS-MH) 2009–2012 - **ERGEBNISSE**

### Versorgungslücken bei der Therapie psychisch Kranker

- niedrige Behandlungsraten selbst bei ernsthaften Störungen  
(*Bspl.* Alkoholmissbrauch 26%, Zwangsstörungen 43 %,  
Phobien 46 - 53 %)
  - mangelnde Behandlungsangebote?
  - fehlende Psychiater/ Psychotherapeuten/ Hausärzte?
  - zu kurze Behandlungszeiten?
  - mangelnde Wahrnehmung der Behandlungsbedürftigkeit  
(Therapeuten/ Betroffene)?
  - werden manche Krankheitsbilder ernster genommen als andere?
  - Krankheits“moden“? Burnout, Depression



## **Public Health-Relevanz** psychischer Störungen (I)

- Psychische Störungen sind stärkster Prädiktor für Einbußen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Fischer et al. 2009
- Aus gesundheitsökonomischer Perspektive sind die Belastungen durch psychische Störungen erheblich; direkte u. indirekte Kosten von über 100. Mrd € Andlin-Sobocki et al. 2005
- in der Primärversorgung wird nur etwa die Hälfte der psychischen Erkrankungen erkannt Jacobi 2009
- eine im weitesten Sinne adäquate Behandlung erhalten schätzungsweise nur etwa 10% der Betroffenen Jacobi 2009

## **Public Health-Relevanz** psychischer Störungen (II)

- Konsolidierung der Versorgungslandschaft mit der Herausbildung regionaler Unterschiede im Zugang zu psychiatrischen Leistungen
- Wissen in der Bevölkerung über Erreichbarkeit, Erfolg, Art, Inhalt und Finanzierung psychotherapeutischer Interventionen
- Ängste vor Stigmatisierung
- Nachwuchsmangel

## **Public Health-Relevanz** psychischer Störungen (III)

- Im Vergleich zu körperlichen Störungen werden psychische Erkrankungen schlechter versorgt
- Verteilung der Mittel nach Bevölkerungszahlen ist weit überholt
- Bedarfsplanung anhand von Morbiditätsdaten kann die Versorgung verbessern

# Von einer institutionszentrierten zu einer personenzentrierten Versorgung

## Neue Versorgungskonzepte - national und international

Home Treatment

Assertive Community Training (ACT)

Peer support

Experienced Involvement

Gemeindepsychiatrie

Recovery Ansatz

Trialog

...

## Neue Versorgungskonzepte - **Ausgangspunkte**

- Leitidee Inklusion
  - UN BRK fordert: Selbstbestimmung, Zurückweisung von Aussonderung in institutionell organisierte Lebenswelten, Förderung von Inklusion und Teilhabe am allgemeinen gesellschaftlichen Leben
- Ökonomische Zwänge
  - Ineffektivität stationärer Behandlung (Drehtüreffekte ...)
- S3 Leitlinien für bestimmte psychische Erkrankungen

**→ Konsequenz: Aufbau/Ausbau ambulanter  
Versorgungsstrukturen**

## **Instrumente** neuer Konzepte der integrierten Versorgung

- Schaffung von verbindlichen Netzwerken
- Sektor übergreifende Versorgungspfade
- Verringerung schnittstellenbedingter Problematiken
- Ergänzung der ambulanten Regelversorgung
- multiprofessionelle Zusammenarbeit in den Lebenswelten/vor Ort

→ **Wirksamkeit ist evidenzbasiert**

## **Qualitätsmerkmale** neuer Konzepte der integrierten Versorgung I

- abgestimmte flexible und zeitnahe Behandlung in einer Region
- Transparenz der Hilfen für Nutzer und Angehörige, Gesamtbehandlungspläne
- ambulante Steuerung der Versorgung
- Netzwerkverträge und Handlungsleitlinien
- Gesamtbudgetverantwortung des regionalen Leistungserbringers für die Versorgung psychisch Kranker im Rahmen eines definierten Diagnosespektrums

## **Qualitätsmerkmale** neuer Konzepte der integrierten Versorgung II

- interdisziplinäre Behandlungspfade
- Weiterentwicklung der ambulanten Hilfsangebote
- Niedrigschwelligkeit der Angebote
- Vernetzung mit anderen regionalen Hilfsanbietern
  - z.B. Jugendhilfe, niedergelassenen Psychotherapeuten
- **Trialogische Evaluation:**
  - Qualitätskontrolle unter Einbeziehung der Nutzer und der Angehörigen
  - Veröffentlichung der Qualitätsberichte



## **Hürden/Bedingungen** neuer Versorgungsformen I

- Versorgungsrisiko für die Gemeindepsychiatrie und privatwirtschaftliche Interessen müssen im Auge behalten
- budgetübergreifende Krankenhausfinanzierung, Verbindung von SGB V und XII sowie Vernetzung und Verbindung von Praxen müssen integriert erfolgen (nicht separiert)
- Evaluation der Maßnahmen

→ Integration der integrierten Versorgung und Qualitätssicherung

## **Hürden/Bedingungen** neuer Versorgungsformen II

- Erste Ergebnisse aus der Praxis:
  - „Einbruch“ der Patienten in die Privatsphäre der Therapeuten (24-stündige Erreichbarkeit)
  - „Einbruch“ in die psychiatriefreie Zone der Patienten
  - Schaffung künstlicher Abhängigkeiten
- Gendersensible Modelle
  - Welche Ansätze sind für wen geeignet?
  - Welche spezifischen Bedürfnisse/Bedarfe bestehen für Frauen?