



Janssen Mental Health Forum 2022

Expert:innen entwickelten im Dialog Forderungen für eine bessere Versorgung chronischer Depression

Janssen-Cilag Pharma GmbH
Vorgartenstraße 206B
1020 Wien

www.janssen.com/austria





Janssen Mental Health Forum 2022: Expert:innen entwickelten im Dialog Forderungen für eine bessere Versorgung chronischer Depression

In Österreich beliefen sich die geschätzten Kosten psychischer Gesundheitsprobleme 2015 auf 4,33 % des Bruttoinlandsprodukts,¹ „das entspricht der Wertschöpfung des siebtgrößten Sektors der österreichischen Volkswirtschaft – dem gesamten österreichischen Einzelhandel“: Univ.-Prof. Dr. Christian Helmenstein, Leiter des Economica Instituts für Wirtschaftsforschung und Chefökonom der Industriellenvereinigung, präsentierte im Rahmen des Janssen Mental Health Forums am 14. Juni 2022 eingangs eine Studie über die Kosten therapieresistenter Depression (TRD). Hochgerechnet auf das Jahr 2021 hatten geschätzte 437.000 erwachse-

ne Patient:innen in Österreich eine ärztlich diagnostizierte Depression. Davon waren rd. 14.000 therapieresistent. Daraus erwachsende Kosten: 337 Millionen Euro.² Schon im Vorfeld des Janssen Mental Health Forums erarbeitete eine hochrangige Expert:innen-Runde Forderungen für eine bessere Versorgung chronischer Depression. Beide Themenfelder wurden dann in der gemischt online und persönlich vor Ort organisierten Veranstaltung kombiniert und von über 20 hochrangigen Expert:innen aus den Bereichen Psychiatrie, Psychologie, Public Health, Sozialversicherung und gesetzliche Interessenvertretungen diskutiert.

Die zentralen Diskussionsblöcke der dreistündigen Veranstaltung waren:

- In welchen Bereichen (intra-/extramural; Stadt/Land; Nord/Süd/Ost/West) ist die Versorgung von Patient:innen mit chronischer Depression in Österreich besonders gut und woran zeigt sich das?
- Wo gibt es Best-Practice?
- Wo gibt es Verbesserungsbedarf?
- Wie gut funktioniert die Steuerung?
- Organisation des Nahtstellenmanagements?
- Wie könnten konkrete Verbesserungsvorschläge für die Versorgung aussehen?
- Wie müsste der Umsetzungsprozess aufgegleist werden?
- Welche Institutionen müssen mit an den Tisch und in welcher Reihenfolge?

¹ OECD (2018), „Estimates of total costs (direct and indirect) of mental health problems in EU countries, in million EUR and as a share of GDP, 2015“, in Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-table7-en.

² Traunfellner et al. (2022), „Volkswirtschaftliche Auswirkungen der therapieresistenten Depression“, im Auftrag der Mastermind Public Affairs Consulting GmbH, data on file.

Teilnehmer:innen:

Heidemarie Eher, MBA BA BSc, Geschäftsführerin Verein JoJo

Dr.ⁱⁿ Alexandra Ferdin, MSc., BMSGPK

Dr. Martin Gleitsmann, Senior Fellow am Economica Institut und Unternehmensberater

Dr. Johannes Gregoritsch, Abteilung Medizinische Dienstleister und Innovation,
Dachverband der Sozialversicherungsträger, Sigmund Freud PrivatUniversität Wien

Univ.-Prof. Dr. Christian Helmenstein, Chefökonom der Industriellenvereinigung (IV) und Leiter des
Economica Instituts für Wirtschaftsforschung

Dr.ⁱⁿ Eva Höltl, Gesundheitszentrum Erste Bank

Mag.^a pharm. Dr.ⁱⁿ Magdalena Hoppel, Österreichische Apothekerkammer

Prim. Dr. Christian Jagsch, Landeskrankenhaus Graz II, Standort Süd

Prim. Dr. Thomas Kapitany, Kriseninterventionszentrum Wien

BMⁱⁿ a.D. Dr.ⁱⁿ Andrea Kdolsky, MBA, FH St. Pölten

PD Dr. Günter Klug, GFSG Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit GmbH, pro mente Austria

Dr. Jens Mersch, Niedergelassener Psychiater

Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, Sigmund Freud PrivatUniversität Wien

Dr.ⁱⁿ Sigrid Pilz, Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft (WPPA)

Prim.^a Dr.ⁱⁿ Christa Rados, LKH Villach

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Eva Maria Reininghaus, MBA, Vorständin der Universitätsklinik für Psychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie, Med Uni Graz

Dr. Oliver Scheibenbogen, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe

Direktorin Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Barbara Sperner-Unterwiesing,
Medizinische Universität Innsbruck

Dr. Rudolf P. Wagner, Geschäftsführer pro mente Wien

DI.ⁱⁿ Michaela Wambacher, Vorsitzende Achterbahn Steiermark & IDEE Austria

Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata, MedUni Wien

Moderation: **Mag. Michael Eipeldauer**, Eipeldauer-Consulting e.U

Weitere Statements:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Paul Plener, MHBA, MedUni Wien

Prim. Dr. Georg Psota, Chefarzt Psychosoziale Dienste in Wien, Obmann von pro mente Wien



Die Ergebnisse auf einen Blick – Für eine bessere Versorgung chronischer Depression in Österreich

Wohnortnahe Versorgung

- 01.** Jede:r psychisch Kranke, der eine fachärztliche Behandlung benötigt, sollte binnen 14 Tagen einen Ersttermin beim Facharzt haben
- 02.** Höhere Investitionen in gemeinde-nahe ambulante psychiatrische Dienste – in Stadt und Land und für Reich und Arm
- 03.** Patient:innen bei der Entlassung sofort fachärztlich und psychotherapeutisch anbinden
- 04.** Apotheker:innen als Teil der wohnortnahen Versorgung verstärkt einbeziehen
- 05.** Digitale und andere Netzwerke nutzen – auch informell. Klar muss aber bleiben: Psychiatrie braucht den persönlichen Kontakt
- 06.** Integrierte Versorgung bis hin zum Hausarzt und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen anbieten – auch über digitale Vernetzung und Diagnostik-/Therapie-Schulungen
- 07.** Krisenintervention flächendeckend ausrollen und in der Zielsteuerung berücksichtigen
- 08.** Suizid-Prävention: Klinische Ausbildung weiter entwickeln und verbessern, Curricula und Supervision für Hausärzt:innen anbieten, den ländlichen Raum einbeziehen
- 09.** Erkrankungsgruppen spezifisch behandeln und spezifisch psychoedukativ aufklären
- 10.** PVEs ausbauen und Social Prescribing, Community Nurses und School Nurses einbinden
- 11.** Mehr neue Modelle in der Strukturplanung mitdenken – berufsgruppenübergreifend
- 12.** Best practices: Kriseninterventionszentrum Wien und Programm SUPRA

Berufsgruppen und Multiprofessionalität

- 13.** Einhaltung von Leitlinien durchsetzen
- 14.** Versorgungsproblem „Fehlende Behandler:innen“ adressieren, insbesondere im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 15.** Medikamentöse, sozialpsychiatrische, psychologische und psychotherapeutische Behandlung Hand in Hand
- 16.** Arbeits- und Einsatzmöglichkeiten der einzelnen Berufsgruppen hinsichtlich der Finanzierungswege neu gestalten
- 17.** Auf die Ausbildung sozialer Berufsgruppen setzen
- 18.** Neues Psychotherapie-Gesetz als Chance nützen; stärker auf das Potenzial der klinischen Psychologie und auf Multiprofessionalität setzen

Peer-Arbeit und Angehörige

- 19.** Peer-Arbeiter:innen repräsentativ einbinden
- 20.** Mit Genesungsbegleiter:innen und Peer-Erfahrenen in die Schulen gehen
- 21.** Nicht auf die Angehörigen vergessen – Investitionen in die mobile Arbeit mit und in der Familie – Ressourcen für Angehörige auch für den stationären Bereich

Arbeitsmarkt

- 22.** Die Teilhabe am Arbeitsmarkt muss über adaptierte Rahmenbedingungen verbessert werden – Wiedereingliederungsteilzeit als wirksames Angebot
- 23.** Arbeitgeber informieren, schulen und so die Angst nehmen, psychisch kranke Mitarbeiter:innen zu beschäftigen

Kommunikation

- 24.** Deutlich mehr auf Awareness, Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit setzen
- 25.** Kommunikation nützen, um Defizite aufzuzeigen und anzugehen

**Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek,
Sigmund Freud PrivatUniversität Wien**

Versorgungsproblem „Fehlende Behandler:innen“ adressieren

In der sich entspannenden Diskussion unterstrich Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, Professor für Allgemeine Psychiatrie an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, dass die vorgelegten Zahlen aus Sicht der Psychiatrie nur als untere Grenze zu verstehen seien, da ja der Großteil der

Patient:innen nicht diagnostiziert sei. „Wir dürfen nicht vergessen: Depression ist nicht nur eine schwere Erkrankung, sondern auch sowohl durch den Suizid als auch durch den Bezug zur Suchterkrankung eine nicht selten tödlich verlaufende Erkrankung.“



Musalek betonte das Problem der „Regionalität“ bzw. der „Entfernung der Patient:innen von der Versorgung“. Obwohl die Versorgung in Wien weitgehend „gut aufgestellt“ sei, insbesondere im Bereich Suizid, seien auch in der Großstadt Verbesserungen möglich – „in Niederösterreich oder der Mur-Mürz-Furche aber haben wir schon eine ganz andere Situation“. Das größte Problem seien „fehlende Behandler:innen – wir können die Stellen nicht besetzen“, so Musalek. Von insgesamt wenigen fertig ausgebildeten Psychiater:innen in Österreich wolle ein Teil ins Ausland und „die allerwenigsten Psychiater:innen wollen in den stationären oder auch ambulanten Bereich“, sondern lieber als Wahlärzt:innen arbeiten. Musalek wandte sich allerdings scharf dagegen, die „Wahlärzt:innen dafür zu strafen“. Die Wurzel des Problems liege in den „Rahmenbedingungen und der Attraktivität“ von Beschäftigungsverhältnissen.

„Depression ist nicht nur eine schwere Erkrankung, sondern auch eine tödliche Erkrankung.“

Dieses Faktum werde nicht besser, sondern „schlechter“ und somit zum „Versorgungsproblem, besonders am Land, aber auch in der Stadt“. Als besonders unterversorgtes Feld nannte Musalek die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Während sich für Deutschland ein ähnliches Bild ergebe, kenne „die Schweiz dieses Problem nicht“.

„Die Politik ist sich mancherorts leider des Stellenwerts der psychischen Erkrankung in Österreich immer noch nicht bewusst – jenseits von Lippenbekenntnissen“, so

Musalek. „Wenn es um konkrete Maßnahmen geht, dann sieht es leider immer etwas anders aus.“ Weiters unterstrich Musalek, dass „psychiatrische Versorgung weitestgehend für reiche Menschen gewährleistet“ sei. Für jene, die die Versorgung am meisten benötigten, „gibt es große Defizite, darunter auch Menschen mit chronischen bzw. chronifizierten Depressionen“.

Musalek abschließend: „Wir sollten uns in all diesen Diskussionen nicht in Globalismen verlieren. Das beginnt schon damit, dass wir von ‚Psychopharmaka‘ sprechen. Ich habe noch nie gehört, dass man von ‚Somatopharmaka‘ spricht. Es ist unerträglich, alle Psychopharmaka in einen Topf zu werfen. Zum Thema Psychotherapie: Mein Schwiegervater war ein Pionier der Akupunktur. Er hat gesagt: Nicht jeder Nadelstich ist Akupunktur. Nicht jedes Gespräch, und selbst wenn man von irgendeinem Verein ausgebildet wurde, ist schon Psychotherapie. Und umgekehrt: Nicht jeder Patient braucht auch Psychotherapie, aber jeder Mensch braucht Gespräche und Eingehen auf seine Probleme. Die, die keine Psychotherapie brauchen, sind die, die ein bisschen ‚ein Problemchen‘ haben. Die sind aber bei den Psychotherapeut:innen am meisten vertreten. Die wirklich schwer Kranken sind dort nicht, weil den Psychotherapeut:innen oft die Ausbildung für die Behandlung Schwerkranker fehlt.“ Zur Rehabilitation: „Wenn wir uns die orthopädische Rehabilitation anschauen, dann gibt es dort ganz bestimmte Zielgrößen, die mit ganz bestimmten Methoden erreicht werden sollen – und dann wird evaluiert, ob man sie erreicht hat oder nicht. Das ist in der Psy-Reha nicht ganz so. Da könnte ich mir vorstellen, dass wir uns auch weiterentwickeln.“

Psychiatrie braucht den persönlichen Kontakt

Bereits bei der Vorbereitung hatte Musalek eingewandt, „dass die Psychiatrie nicht digitalisiert werden sollte“. „Digitalisierung braucht es als Komplementärmethode,

als Alternative ist sie völlig unbrauchbar. Ein Erstkontakt funktioniert nicht digital. Wie der Chirurg gesunde Hände braucht, brauchen wir den persönlichen Kontakt.“

Prim.^a Dr.ⁱⁿ Christa Rados, LKH Villach

Höhere Investitionen in die Sozialpsychiatrie

Prim.^a Dr.ⁱⁿ Christa Rados, Vorständin der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin am LKH Villach, erwähnte eingangs, dass rund 40 Millionen Menschen in Europa an einer Major Depressive Disorder (MDD) litten.³ 1 von 5 Personen habe im Lebensverlauf eine depressive Phase.⁴ Rados wies auf das „diagnostische Defizit“ bei der Depression hin: Die Prävalenz der Depression in der Primärversorgung werde mit 10,4% bemessen, unerkant blieben 54%.⁵ Nicht behandelt würden sogar 61% der Betroffenen.⁶ Diese Zahlen seien hochrelevant, weil es „nicht ‚nur‘ um Stigma, auch um Awareness, um das Erkennen in der Bevölkerung“ gehe. „Es gibt eine sehr große Gruppe, die noch zu erreichen ist – und viel Leid bei den Betroffenen und Angehörigen“, so Rados. Behandlung hingegen führe „manchmal zu einem guten Ergebnis“. Zentral dabei können die Beachtung von Behandlungsalgorithmen, die Möglichkeit eines Strategie- und Settingwechsels, ein „therapeutisches Drug Monitoring“, gegebenenfalls eine pharmakogenetische Abklärung und das Ausschöpfen sämtlicher Therapieoptionen von der geeigneten Psychotherapie bis hin zur Elektrokonvulsionstherapie sein. Rados: „Alle Möglichkeiten auszuschöpfen benötigt Ressourcen und Zeit.“ Die therapieresistente Depression „braucht ein besonderes Netz: die Sozialpsychiatrie“.

„Seit 15 Jahren wurde kein neu zugelassener psychopharmakologischer Wirkstoff mehr in den Erstattungskodex EKO aufgenommen.⁷ Das ist in keinem anderen Bereich der Medizin denkbar. Hier wird mit der Effektstärke das falsche Maß verwendet“, stellte Rados klar. „Bessere Wirksamkeiten und bessere Verträglichkeiten sind im Einzelfall häufig. Die Erstattungssituation in Österreich verunmöglicht die klinische Weiterentwicklung

der Anwendung innovativer Wirkstoffe. Dadurch ist hier die Versorgung nicht optimal.“

In Österreich gebe es 1.707 Fachärzt:innen für Psychiatrie, davon seien 429 Ordinationen in Wien. Die Zahl der Ordinationen mit einem Kassenvertrag liege hingegen nur mehr bei 154. 341 Ärzt:innen befinden sich in Ausbildung zu Fachärzt:innen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Diese Zahlen für Ärzt:innen in Ausbildung stiegen im letzten Jahr nicht, so Rados. Etwa 15% der Ausbildungsstellen könnten als Folge nicht be-



setzt werden. Ebenso seien rund 15% der Facharztstellen in Krankenanstalten nicht besetzt. Während nur in zwei Bundesländern alle Kassenstellen besetzt seien, liege die Vakanz insgesamt bei bis zu 15%.⁸ „Und: Unterschiedliche Honorarkataloge setzen da unterschiedliche Anreize.“

Hausärzt:innen seien für Patient:innen mit Depression eine wichtige Versorgungsebene, Primärversorgungseinheiten erweitern hier noch zusätzlich das Angebot. „Der Hausarzt ist kein Auslaufmodell. Bis flächendeckend Primärversorgungseinheiten zur Verfügung stehen, wird es noch lange dauern.“ Mehr vernetztes Arbeiten mit niedergelassenen Fachärzt:innen, sozialpsychiatrischen Einrichtungen u.ä. sei vonnöten. Erst seit 2015 sei die psychiatrische Ausbildung auch ein Teil der Ausbildung von Allgemeinmediziner:innen. „Das ist zwar ein Meilenstein, aber bis das in der Praxis ankommt, dauert es noch.“ Und schließlich seien „Turnusärzt:innen mittlerweile in manchen österreichischen Regionen leider bereits auch Mangelware“.

Zu den „nichtärztlichen PSY-Berufen“ merkte Rados kritisch an, dass die „psychologische Diagnostik zwar gut etabliert, aber die Behandlung nicht im ASVG verankert“ sei. „Das geht gar nicht.“ Klinische Psycholog:innen wiesen ein Studium und eine standardisierte post-

akademische klinische Ausbildung auf. Psychotherapeut:innen hingegen seien eine „heterogene Gruppe in Bezug auf Methodik, klinische Erfahrung und beruflichen Hintergrund“. Rados zum derzeit geplanten neuen Psychotherapie-Gesetz: „Seitens der Fachgesellschaft haben wir dazu bisher keine konkreten Informationen. Das Schlagwort Akademisierung wird häufig genannt, nur: Wir brauchen auch eine post-akademische Ausbildung, vergleichbar dem Angebot für klinische und Gesundheits-Psycholog:innen. Praktika während der Ausbildung sind nicht ausreichend, um erkrankte Personen behandeln zu können. Ferner braucht es mehr Evidenzbasierung in der Psychotherapie.“

„Die Erstattungssituation in Österreich verunmöglicht die klinische Weiterentwicklung der Anwendung innovativer Wirkstoffe.“

Der Schwerpunkt liege immer in den Ballungsräumen. Dünn besiedelte Gebiete seien „unterversorgt bis nicht versorgt“. Abschließende Zahlen: „90% der Suizide in der Europäischen Union sind mit psychischen Störungen assoziiert, 60% davon betreffen affektive Erkrankungen.“⁹

Programm SUPRA als „best practice“

Als „best practice“ nannte Rados abschließend das Programm SUPRA des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Laut Gesundheitsministerium starben im Jahr 2020 in Österreich 1.072 Personen durch Suizid. Dies entspreche einer bevölkerungsbezogenen standardisierten Suizidrate von 12,5 pro 100.000 Einwohner:innen.¹⁰

SUPRA, die Suizidprävention Austria, konzentrierte ihre Zielgruppenarbeit auf Kinder und Jugendliche, Erwachsene, Menschen in späteren Lebensjahren und Gruppen

mit erhöhtem Risiko. Die eingesetzten Mittel reichen von Awareness-Arbeit, Unterstützung und Behandlung über Schulung und Entwicklung, österreichweite Expertise, die Schaffung gesetzlicher Voraussetzungen bis zur Reduktion der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln.¹¹

Das Programm wurde bereits zwei Mal als „best practice“ auf europäischer Ebene (2017 und 2018) in Sachen Suizidprävention ausgezeichnet. Das Konzept werde ferner über eine Joint Action der EU weiterverbreitet.¹²

³ World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates 2017., <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>, Einschau am 30. Juni 2022

⁴ Kasper, S., Lehofer, M., Rados, C., Hausmann, A., Windhager, E., Kapitany, T., Schmitz, M. (2020), Wege aus der Depression, Wieder voll im Leben stehen. Ein Leitfaden für Betroffene und Angehörige. Janssen Neuroscience. AT_EM-28475_10APR2020, 1. Auflage

⁵ Üstün TB, Von Korff M: Primary mental health services: Access and provision of care; in Üstün TB, Sartorius N (eds): Mental Illness in General Health Care: An International Study. Chichester, Wiley & Sons, 1995, pp 349–375.

⁶ Jacobi, J., Wittchen, H., Höltling, C. et al. (2004), Prevalence, co-morbidity and correlation of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey. Psychol Med 34:597–611.

⁷ Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ÖGPP (2021), Stellungnahme zur Erstattung innovativer Psychopharmaka, https://www.oegpp.at/fileadmin/user_upload/pressemitteilungen/Stellungnahmen/OEGPP_Stellungnahme_Innovative_Psychopharmaka_2021-12-09.pdf, Einschau am 31. August 2022

⁸ Quelle: Österreichische Ärztekammer, Stand Mai 2022

⁹ Wahlbeck, K., Mäkinen, M. (2008), Prevention of depression and suicide. Consensus paper, Luxemburg, 4–5.

¹⁰ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpraevention-SUPRA.html>

¹¹ Ebd.

¹² https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20200911_OTS0026/papageno-medienpreis-fuer-suizidpraeventive-berichterstattung-2020-geht-an-orf-journalistin-ursula-theiretzbacher-bild, Einschau am 1. Juli 2022

In einem abschließenden Statement formulierte Dr.ⁱⁿ Rados: „Jeder psychisch Kranke sollte binnen 14 Tagen einen Ersttermin beim Facharzt haben. Danach muss das Netzwerk aus verschiedenen Berufen, Institutionen und Arbeitsmarkt greifen.“ Digitale Medien könnten hier unterstützen. Bereits in der Vorbereitung zum Janssen Mental Health Forum vertrat Dr.ⁱⁿ Rados die Ansicht, dass

der bestehende Fachärztemangel bereits bei der Zulassung zum Medizinstudium berücksichtigt werden sollte. Eine einfache Erhöhung der Zulassungsquote würde bereits Entspannung bringen. „Wir können es uns einfach nicht leisten, jedes Jahr hunderte für den Arztberuf motivierte junge Menschen abzuweisen. Wenn an dieser Schraube nicht bald gedreht wird, ist es ohnedies zu spät.“

Arbeits- und Einsatzmöglichkeiten der einzelnen Berufsgruppen über das Finanzierungssystem steuern

„Steuerung läuft nun einmal über Geld“, betonte Rados bei der Vorbereitung. Es sei „eigentlich absurd“, dass die klinischen Psycholog:innen im ASVG nur mit der Diagnostik vertreten seien und nicht „mit der psychologischen Behandlung“. Zu den erwartbaren Kosten: „Nicht für jeden Patienten ist eine Psychotherapie geeignet. Die psychologische Behandlung ist oft weniger aufwändig, aber sehr effektiv, wie wir aus unserer täglichen Arbeit in den Kliniken wissen.“ Die Arbeits- und Einsatzmöglichkeiten der einzelnen Berufsgruppen seien über das Finanzierungssystem zu steuern. „Wir brauchen einen gezielteren Mitteleinsatz – und die

Mittel gehören erhöht. Wir sprechen immerhin von einer Volkskrankheit mit einer hohen Krankheitslast.“ Seitens der Versicherer „fürchtet man sich vermutlich, ein Tor aufzumachen, das möglicherweise eine hohe Begehrlichkeit nach sich ziehen könnte. Wir konnten anscheinend die Verantwortlichen nicht überzeugen, dass man psychische Erkrankungen eindeutig und klar diagnostizieren kann. Hier müssen wir Überzeugungsarbeit leisten. Die Gefahr sind nicht Unter- oder Überversorgung, sondern Fehlversorgung. Psychisch Kranke schreien nicht laut, sie kommen dann bald einmal zu kurz“, unterstrich Rados.

Digitale und andere Netzwerke nützen – auch informell

Primaria Dr.ⁱⁿ Rados plädierte dafür, „Netzwerke zu nutzen, auch informell“. Gerade im ländlichen Raum werde die Digitalisierung sinnvoll einzusetzen sein: „Nicht jeder Kontakt muss persönlich sein.“ Ferner sei „alles in ein System zu gießen“. Primärversorgungsein-

heiten seien „halt eher in Mariahilf als in Hermagor zu finden – und das wird sich auch nicht so bald ändern“. Regional brauche es Netzwerke, um die Patient:innen zu begleiten und ihnen eine Möglichkeit des Kontakts zu bieten.

**Univ.-Prof. Dr. Christian Helmenstein,
Chefökonom der Industriellenvereinigung (IV) und Leiter des Economica Instituts**

Kosten psychischer Gesundheitsprobleme 2015 : 4,33 % des Bruttoinlandsprodukts¹³

„Die direkten Kosten therapieresistenter Depression (TRD) für das Jahr 2021 beliefen sich gemäß unserer Studie auf 113 Millionen Euro, wobei über 75 Millionen Euro bzw. zwei Drittel davon stationäre Kosten ausmachten. Der Anteil der Arzneimittelkosten betrug demgegenüber etwas über 3%. Die indirekten Kosten erreichten 224 Millionen Euro, großteils ausgelöst durch ‚Präsentismus‘ im Job mit 82 Millionen Euro, ‚Absentismus‘ mit 64 Millionen Euro, reduzierter Erwerbsquote mit 51 Millionen Euro und vorzeitigen Tod mit 27 Millionen Euro. Die so genannte ‚Krankheitslast‘ durch TRD betrug 9.787 verlorene gesunde Lebensjahre“, legte Christian Helmenstein dar.¹⁴

Seine abschließenden Worte richtete Helmenstein an die Runde: Gemeinsam mit der Apothekerkammer sei eine Landkarte erarbeitet worden, welche die flächendeckende Erreichbarkeit auf Basis der Fahrzeitdistanzen zwischen den Wohnorten und öffentlichen Apotheken sowie Hausapotheken lokal und regional dokumentiere.

Er, Helmenstein, halte ein solches Mapping auch für die psychosoziale Versorgung für sinnvoll. Ferner halte er es für relevant, in Österreich eine übergreifende Ressortverantwortlichkeit „für alle Ausnahmesituationen wie eine Pandemie zu schaffen“, hier sei die Zuständigkeit zwischen den Bundesministerien zu zersplittert.

„In Österreich beliefen sich die geschätzten Kosten psychischer Gesundheitsprobleme 2015 auf 4,33 % des Bruttoinlandsprodukts¹³, das entspricht der Wertschöpfung des siebtgrößten Sektors der österreichischen Volkswirtschaft – dem gesamten österreichischen Einzelhandel.“



¹³ OECD (2018), „Estimates of total costs (direct and indirect) of mental health problems in EU countries, in million EUR and as a share of GDP, 2015“, in Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-table7-en.

¹⁴ Traunfellner et al. (2022), „Volkswirtschaftliche Auswirkungen der therapieresistenten Depression“ im Auftrag der Mastermind Public Affairs Consulting GmbH, data on file.

Heidmarie Eher, MBA BA BSc, Geschäftsführerin Verein JoJo

Patient:innen bei der Entlassung sofort fachärztlich und psychotherapeutisch anbinden

„Wir sind im Bundesland Salzburg zuständig für die Primärprävention von Kindern, die mit psychisch erkrankten Eltern aufwachsen. Wir sind sehr angewiesen auf alle, die mit erkrankten Erwachsenen arbeiten. Ich appelliere an Sie, die Kinder nicht zu übersehen. Die Sensibilisierung der Fachkräfte ermöglicht, dass die Kinder nicht auffallen müssen, nicht erkranken müssen, um wahrgenommen zu werden“, betonte Heidmarie Eher, MBA BA BSc, Geschäftsführerin des Vereins JoJo.

„Bei uns hakt es besonders an Aufklärung, an Informationen – sowohl der Betroffenen, der Angehörigen als auch verschiedener Berufsgruppen“, so Eher. Das Wissen um psychische Erkrankungen sei auch in der Pädagogik „nicht verbreitet“. Im ländlichen Raum, wo JoJo tätig sei, gelte das auch für die Allgemeinbevölkerung. „Niemand informiert darüber, nämlich insbesondere nicht im Großen.“

Auch in der Allgemeinmedizin seien „manche Praxen nicht immer am letzten Stand, was die Verschreibung von Medikamenten betrifft“. „Mütter, die eingestellt sind und schwanger werden, sind sehr schlecht versorgt. Nur wenige Mediziner:innen kennen sich hier aus.“ In den Kliniken falle „die Angehörigenarbeit sehr oft durch“:

„Wenn Patient:innen bei der Entlassung nicht sofort fachärztlich und psychotherapeutisch angebunden werden, ist nicht zu erwarten, dass die Menschen zuhause gesunden.“



„Wenn Patient:innen bei der Entlassung nicht sofort fachärztlich und psychotherapeutisch angebunden werden, ist nicht zu erwarten, dass die Menschen zuhause gesunden.“

Dr.ⁱⁿ Alexandra Ferdin, BMSGPK

Mehr neue Modelle in der Strukturplanung mitdenken – berufsgruppenübergreifend!

„Es ist uns allen in der Versorgungsplanung sehr bewusst, dass es einen integrativen, multiprofessionellen und interdisziplinären Zugang braucht. Dieser Zugang wird auch immer mehr im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) dargestellt. Trotz allem ist es so, dass sich insbesondere in der Niederlassung viel zu wenige Ärzt:innen, z.B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, finden, v.a. im Kassenbereich“, so Dr.ⁱⁿ Alexandra Ferdin, Abteilungsleiterin im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in der Sektion VII, Gesundheitssystem.

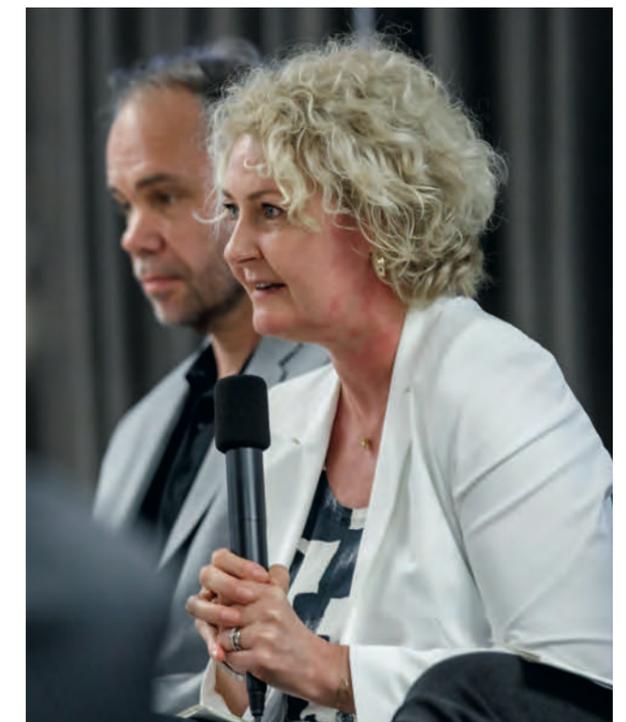
Zum Mangelfach Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Wir haben ja den Ausbildungsschlüssel noch einmal erweitert. In den Kliniken, wo die Stellen ohnedies schon bis zur letzten offenen Stelle besetzt waren, hat sich dies weiter gesteigert. Das ist gut. Einige von diesen Ärzt:innen werden, wenn sie fertig sind, wohl in die Niederlassung gehen“, stellte Ferdin klar. Es gebe große regionale Unterschiede in Österreich und „trotz allem zu viele offene Stellen in einigen Regionen, sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Erwachsenenpsychiatrie.“

Dr.ⁱⁿ Ferdin: „Wir sehen, dass es extrem wichtig ist, die Versorgungsplanung noch mehr mit Regionalität und mehr Inzidenz-, Prävalenz- sowie Morbiditätsdaten zu verknüpfen. Wir brauchen auch eine ambulante, strukturierte codierte Diagnosedokumentation. In vielen Bereichen ist der Bedarf dann sehr schwierig abzuschätzen, wenn wir im Dunkeln tappen.“ In der Strukturplanung müssen mehr neue Modelle mitgedacht werden, auch berufsgruppenübergreifend. „Das ‚Das ist Deines, das ist Meines‘ sollten wir uns in der Zukunft nicht mehr leisten.“

Zum hausärztlichen Bereich: „Wir sehen in einigen Gegenden, dass wir den psychiatrischen Bedarf fachärztlich

nicht ausreichend abdecken können. Daher ist der hausärztliche Bereich hier noch besser einzubinden hinsichtlich Versorgung und Expertise. Bei den Antidepressiva ist es ähnlich wie bei den Antihypertensiva: Viele Patient:innen hören mit der Einnahme nach der ersten Packung auf. Da kann man ansetzen, hier muss mehr informiert und aufgeklärt werden – mit der dafür nötigen Zeit.“

„In der Strukturplanung müssen mehr neue Modelle mitgedacht werden, berufsgruppenübergreifend. Das ‚Das ist Deines, das ist Meines‘ sollten wir uns in der Zukunft nicht mehr leisten.“





„Zur Beurteilung des aktuellen Versorgungssystems sollten wir dringend die Einflüsse der Pandemie mitbedenken. Hier wissen wir noch zu wenig.“

**Dr. Martin Gleitsmann,
Senior Fellow am Economica Institut
und Unternehmensberater**

**Dr. Johannes Gregoritsch, Dachverband der Sozialversicherungsträger,
Sigmund Freud PrivatUniversität Wien**

Kommunikation nützen, um Defizite aufzuzeigen und anzugehen

Dr. Johannes Gregoritsch, Dachverband der Sozialversicherungsträger (Vertragspartner Medizinische Dienstleister und Innovation) und Lektor an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, wies auf eine Studie¹⁵ aus dem Jahr 2011 hin, an der er mitgearbeitet habe. Nicht nur habe die Schlagzeile über 900.000 psychisch erkrankte Menschen in Österreich die Medien dominiert, sie habe auch in der Sozialversicherung Auswirkungen gezeigt. „Man soll die Palette an daraufhin gesetzten Maßnahmen nicht unterschätzen.“

So habe man unter anderem eine Roadshow zu den SV-Funktionär:innen in den Bundesländern unternommen. Die dominierenden Zahlen: „Die Krankenstände auf Grund psychischer Erkrankungen waren vier Mal länger. Und der Hauptgrund für Frühpensionierungen liegt in psychischen Erkrankungen.“ Zur heutigen Situation: „Wir haben immer noch einen hohen Nachholbedarf. Und es braucht immer einen Schub, wie etwa gerade durch die Pandemie, um diese Defizite beherrschen zu können.“

Dr. Gregoritsch empfahl als Methode „learning by doing“. Zur hier diskutierten geplanten Psychotherapiegesetz-Novellierung erwähnte er, dass manche Aspekte bereits seit Längerem bekannt seien, etwa unter den Schlagworten Akademisierung und Verbesserung der Ausbildung und dabei insbesondere der Umstand, dass „künftige

Psychotherapeut:innen auch schwer erkrankte Personen gesehen haben sollten“.

„Die Pandemie hat das Recht überholt. Berufsrechtlich war etwa Telemedizin immer umstritten und wird auch von vielen weiterhin als unzulässig erachtet. Ich nehme es als Aufgabe mit, gemeinsam mit dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz an den rechtlichen Grundlagen auch für die Umsetzung in der Sozialversicherung zu arbeiten.“



„Die Pandemie hat das Recht überholt. Berufsrechtlich war etwa Telemedizin immer umstritten und wird auch von vielen weiterhin als unzulässig erachtet. Wir sollten die rechtlichen Grundlagen verbessern.“

Dr.ⁱⁿ Eva Hörtl, Gesundheitszentrum Erste Bank

Wiedereingliederungsteilzeit als wirksames Angebot

„Wir sollten uns vor Augen halten, dass wir jedes Jahr tausende teils junge Menschen verlieren, die ihren Job auf Grund einer psychiatrischen Erkrankung nicht mehr machen können. Das Wiedereingliederungsteilzeitgesetz, das 2017 in Kraft getreten ist, ermöglicht es jedem Versicherten, nach einem Langzeitkrankenstand, der also mindestens 6 Wochen dauert, bis zu sechs Monate lang die Arbeitszeit etwa zu halbieren und trotzdem von seinem Lohn leben zu können“, stellte Dr.ⁱⁿ Eva Hörtl, Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Bank AG, eingangs klar.

Dabei zahle das Unternehmen die Hälfte (wenn die Arbeitszeit um 50 % reduziert wird), und die andere Hälfte komme aus dem so genannten Wiedereingliederungsgeld – also dem erhöhten Krankengeld. „Somit kommt man auf eine Summe, die dem ursprünglichen Lohn nahe kommt. Das ist eine Maßnahme, die auch für die meisten Menschen mit niedrigem Einkommen leistbar ist – und gerade bei psychiatrischen Erkrankungen eine echte Chance ist, beruflich wieder Fuß zu fassen.“

„Die Teilhabe am Arbeitsmarkt ist nicht nur mit Medikamenten zu lösen, das muss über adaptierte Rahmenbedingungen gehen.“

Man hatte ursprünglich mit deutlich weniger Inanspruchnahme als den letztlich über 3.000 Fällen im ersten Jahr gerechnet.

„Für Sie alle, die psychisch kranke Menschen behandeln, ist das aus meiner Sicht eine unfassbar wirksame Maßnahme. Dennoch erlebe ich es in Wien leider selten, dass ein Mitarbeiter mit einer Empfehlung des Psychiaters für eine Wiedereingliederungsteilzeit zurückkommt. Warum ist das so? Mit einer expliziten Empfehlung durch

den Facharzt wird es nur selten so sein, dass Arbeitgeber nicht zustimmen. Gerade bei psychischen Erkrankungen gibt es aber doch manche, die zögern, weil bei psychischen im Gegensatz zu etwa onkologischen Erkrankungen oft schon im Vorfeld berufliche Konflikte aufgetreten sein können. Ich glaube, wenn man dafür sorgen möchte, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen Teilhabe leben können, ein autonomes Leben führen und Geld verdienen können, dann müssen wir in der Prävention aktiv werden. Die Teilhabe am Arbeitsmarkt ist nicht nur mit Medikamenten zu lösen, das muss über adaptierte Rahmenbedingungen gehen.“



Mag.^a pharm. Dr.ⁱⁿ Magdalena Hoppel, Österreichische Apothekerkammer

Apotheker:innen sind Teil der wohnortnahen Versorgung

„Unser großer Fokus ist die Schulung der Apotheker:innen bei der Unterstützung der Adhärenz und der Gesundheitskompetenz von Betroffenen. Das ist in diesem Kontext ein wesentlicher Beitrag. Für die wohnortnahe Versorgung sind die Apotheker:innen flächendeckend in ganz Österreich zentral. Es ist uns oft nicht so bewusst, wie viele Funktionen Apotheker:innen übernehmen können. Man sieht aber in anderen Ländern, dass Apotheker:innen auch Teil von Disease Management Programmen sind“, so Mag.^a pharm. Dr.ⁱⁿ Magdalena Hoppel von der Österreichischen Apothekerkammer.

Wie überall brauche es auch in der Apotheke Zeit, z.B. für ältere Personen, etwa mit Polymedikation. In der Apotheke komme ferner die Selbstmedikation hinzu: Wenn

Apotheker:innen das Gefühl hätten, dass sich hier etwas anbahne, könne man an andere Disziplinen weiterverweisen. Letztlich gehe es darum, zu schulen und die Adhärenz zu verbessern. Ein aktuelles Projekt gemeinsam mit der Sozialversicherung setze auf die Analyse der Medikation von Patient:innen.

„Es ist uns oft nicht so bewusst, wie viele Funktionen Apotheker:innen übernehmen können. Man sieht aber in anderen Ländern, dass Apotheker:innen auch Teil von Disease Management Programmen sind.“

Prim. Dr. Christian Jagsch, Landeskrankenhaus Graz II, Standort Süd

Finanzierung umstellen

„Bei den Kosten werden die indirekten Kosten immer geringer. Die Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter ist daher auch ein ethisches und gesellschaftliches Problem. Wie gehen wir mit unseren Alten und Hochbetagten um?“, erklärte Prim. Dr. Christian Jagsch, Vorstand der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie Landeskrankenhaus Graz II, Standort Süd.

Prim. Dr. Jagsch weiter: „Viele Projekte, die wir schon umzusetzen versucht haben – etwa in der Alterspsychiatrie extra- und intramural zu verbinden bzw. auch mit „home treatment“ – sind an der Finanzierung und den vielen verschiedenen Töpfen gescheitert. Es gibt in anderen Ländern Beispiele für fallbezogene Finanzierungen des betroffenen Menschen, wo auch immer er aktuell therapiert

wird. Ich glaube, wir müssen, um hier mehr Transparenz zu schaffen, den großen Wurf machen und die Finanzierungen umstellen. Sonst bleiben die Menschen in den Netzen hängen – wenn es noch Netze sind. Oder besser: Sie bleiben an den Kanten hängen. Das finde ich nicht richtig.“

„Ich glaube, wir müssen, um hier mehr Transparenz zu schaffen, den großen Wurf machen und die Finanzierungen umstellen. Sonst bleiben die Menschen in den Netzen hängen – wenn es noch Netze sind. Oder besser: Sie bleiben an den Kanten hängen.“

Prim. Dr. Thomas Kapitany, Kriseninterventionszentrum Wien

Krisenintervention flächendeckend ausrollen

Prim. Dr. Thomas Kapitany, Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des Kriseninterventionszentrums in Wien¹⁶, unterstrich eingangs, dass in den letzten Jahrzehnten Suizid-Prävention im urbanen Raum bessere Ergebnisse erzielt habe als im ländlichen Bereich. Die Suizidraten hätten sich während der letzten dreißig Jahre halbiert, aber die Verbesserung sei dabei im städtischen Bereich, wo unter anderem der Ausbau psychosozialer Versorgung besser bewerkstelligt werden konnte, größer. Aber auch, wenn die Zahl der Suizide in Wien vergleichsweise geringer ausfalle, bestehe „hier ein Mangel“, wenn es um „längerfristige Behandlung“ gehe. Die Krisenintervention sei eine wesentliche Nahtstelle, das Kriseninterventionszentrum in Wien könne hier als „best practice“ dienen. Man arbeite „integriert und multidisziplinär“ zwischen Psychiater:innen und Psychotherapie. „Wir sehen, wenn eine Erkrankung chronisch wird oder eine Depression therapieresistent.“ Es wäre wichtig, Krisenintervention flächendeckend auszurollen, das müsse auch in der Zielsteuerung Gesundheit Platz finden. Eine Möglichkeit sei, an den Primärversorgungsein-

heiten anzuknüpfen. „Entscheidend ist: Einrichtungen müssen rasch erreichbar und kostenfrei sein. Und die psychische Schwelle, sich offen auszusprechen, muss gering sein.“

Seine abschließenden Bemerkungen beim Janssen Mental Health Forum: Man arbeite seit 2012 mit dem Angebot der E-Mail-Beratung im Kriseninterventionszentrum. „Das ist etwas, was im digitalen Bereich als Ergänzung in der Krisen- oder Suizidprävention gut funktioniert, nicht zuletzt aufgrund der größtmöglichen Anonymität.“ Telekommunikation/Telemedizin habe während der Pandemie als Medium sehr gut funktioniert und eine wichtige Rolle eingenommen: „Das ist mein Wunsch an die Sozialversicherung, dass wir diese Angebote langfristig beibehalten können. Gerade bei der medikamentösen Behandlung hilft häufig eine kurze telefonische Rücksprache nach einigen Tagen, wie das Medikament funktioniert. Kommunikation braucht nicht jedes Mal ein persönliches Zusammentreffen. Das würde die Versorgung verbessern.“

Suizid-Prävention: Klinische Ausbildung verbessern, Curricula und Supervision für Hausärzt:innen anbieten, den ländlichen Raum einbeziehen

Weiter: „Gerade Hausärzt:innen sind wichtige Gatekeeper in der Suizid-Prävention. Hier haben wir im Rahmen der Suizidprävention in Österreich ein Curriculum für Gatekeeper-Schulungen entwickelt und Trainer:innen ausgebildet. Und es braucht Supervision für diese Gruppe.“ Im Kriseninterventionszentrum merke man, dass durch die Schulungen passende Zuweisungen durch Hausärzt:innen stark zugenommen hätten. Ein entsprechendes Angebot brauche es daher auch im ländlichen Raum.

Bereits in der Vorbereitung des eigentlichen Janssen Mental Health Forums hatte sich Prim. Dr. Kapitany zur Ausbildung von Mediziner:innen und in der Folge Psychiater:innen positioniert. Er betonte, dass aus seiner Sicht bereits die Eingangsselektion durch die Studienzulassungsprüfung einen Bias für eine spätere fachliche Ausrichtung darstelle und zu einem geringeren Interesse an „psychiatrischer und psychosozialer Versorgung“ und damit zum Mangel an psychiatrischen Fachärzt:innen führe. Zusätzlich forderte er „eine

verbesserte und umfassendere klinische Ausbildung für Psychotherapeut:innen“.

Aktuell erwähnte Kapitany zu den Pandemie-Auswirkungen: „Insgesamt ist bis jetzt die Suizidrate nicht angestiegen, aber das beruhigt uns nicht, weil wir mit einer Verzögerung rechnen, wenn es zu nachhaltigen sozialen Folgen kommt.“ Gerade bei den jungen Menschen sei bereits ein stärkeres Ausmaß an Belastung und Beeinträchtigung festzustellen und Suizidalität und Suizidgefährdung haben zugenommen. Eine Auswirkung erwarte er sich auch durch die aktuelle ökonomische Krise und die Armutsentwicklung.



Nicht auf die Angehörigen vergessen – und für Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit sorgen

Primarius Kapitany forderte bei der vorbereitenden Arbeit, die Gruppe der Angehörigen nicht zu vergessen – und zwar auch als Kostenfaktor.

Zum Thema „Assistierter Suizid“ erklärte er, man „arbeite die ganze Zeit an der Reduktion von Suiziden – und jetzt sagt man, es ist in Ordnung, durch Suizid mit Begründung zu sterben“. Zunächst braucht es hier ausreichend suizidpräventive Angebote und Krisenintervention, damit Betroffenen, die an Suizid denken, ausreichend Hilfe und Beratung zuteil werden kann. Er, Kapitany, rechne damit, dass nicht aufrecht zu erhalten sein werde, dass vermeintlich „nur“ psychisch Kranke

für den „Assistierten Suizid“ aufgrund fehlender Entscheidungsfähigkeit nicht in Frage kämen.

„Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit sind wichtig. Und wir brauchen für ganz Österreich flächendeckende Verbesserungen in der Versorgung.“ Er hoffe hier auf die Primärversorgungseinheiten, in denen auch in den Regionen suizidpräventive Krisen- und Notfallangebote für die Menschen gemacht werden könnten. Die psychopharmakologische Versorgung umfasse nur einen kleinen Teil der Kosten. „Im Gegenteil: Eine rasche, gute, auch psychopharmakologische Versorgung ist wichtig.“

„Einrichtungen müssen rasch erreichbar und kostenfrei sein. Und die psychische Schwelle, sich offen auszusprechen, muss gering sein.“

BMⁱⁿ. a.D. Dr.ⁱⁿ Andrea Kdolsky, MBA, FH St. Pölten

Auf die Ausbildung sozialer Berufsgruppen setzen

BMⁱⁿ. a.D. Dr.ⁱⁿ Andrea Kdolsky, MBA, Departmentleiterin und Institutsleiterin des Instituts für Gesundheitswissenschaften, Department Gesundheit, an der FH St. Pölten, stellte zur Frage der wohnortnahen Versorgung fest: „Politisch sind die Tätigkeitsspektren der Berufsgruppen in Zentren zu definieren, weil man nicht immer davon ausgehen kann, dass ärztliches Personal vor Ort zur Verfügung steht. In manchen Fällen könnten auch

Berufsgruppen aus dem Sozialbereich das richtige Angebot stellen.“ Zur Ausbildung: An der FH St. Pölten arbeite man daher aktuell an einem Master-Lehrgang für Community Care, gemeinsam mit der Caritas und weiteren Stakeholdern aus dem medizinischen und sozialen Bereich. Dabei gehe es darum, Menschen in schwierigen Situationen zu begleiten. Die Prävention sei hier ein wesentliches Betätigungsfeld.

„Politisch sind die Tätigkeitsspektren der Berufsgruppen in Zentren zu definieren, weil man nicht immer davon ausgehen kann, dass ärztliches Personal vor Ort zur Verfügung steht. In manchen Fällen können auch Berufsgruppen aus dem Sozialbereich das richtige Angebot stellen.“

**PD Dr. Günter Klug,
GFSG Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit GmbH, pro mente Austria**

Auf Awareness setzen

„Zur Prävention: Es ist sicher richtig, dass es viel braucht, um früh die Wahrnehmung in der Gesamtbevölkerung zu schulen. Pro mente hat hier mit dem Projekt ‚Erste Hilfe für die Seele‘¹⁷ ein Basisangebot, um Menschen aufmerksam zu machen, dass es psychische Probleme in ihrem Umfeld geben könnte“, betonte PD Dr. Günter Klug, Leiter der GFSG Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit GmbH und Präsident von pro mente Austria.

Klug: „Es gibt viele Modelle in der Versorgung, die anzustreben sind – von der Peer-Beratung, über regionale Beratungsstellen, speziell in abgelegenen Regionen, bis hin zu allen möglichen Planungen. Aus meiner Sicht tauchen all diese neueren Modelle in den Zielsteuer-

ungsverhandlungen nicht ausreichend auf. Da wird immer ‚mehr vom Selben‘ wiederholt. Ich wünsche mir, dass die Zielsteuerungsvereinbarungen zumindest grobe Richtlinien für die psychosoziale Versorgung am Wohnort der Menschen verstärken. Das geht über die Kassen-, die Wahlarztpraxis und den stationären Bereich deutlich hinaus.“

„Ich wünsche mir, dass die Zielsteuerungsvereinbarungen zumindest grobe Richtlinien für die psychosoziale Versorgung am Wohnort der Menschen verstärken.“

Dr. Jens Mersch, Niedergelassener Psychiater

Einhaltung von Leitlinien durchsetzen

„Eine chronische Depression ist ein komplexes Krankheitsgeschehen mit vielen Einflussgrößen“, unterstrich der niedergelassene Psychiater Dr. Jens Mersch. Man solle die Prävalenz nicht überschätzen. „Aber die Patient:innen, die wirklich für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung gut qualifiziert wären, sollen diese auch rasch erhalten.“

Mersch plädierte dafür, nicht nur nach „mehr Mitteln“ zu rufen. Man müsse die Verantwortung dafür übernehmen, wo diese Mittel hinfließen. „Man muss genau darauf schauen, wo Vernetzung nicht funktioniert. Wer macht die Diagnose? Wer erstellt den Therapieplan? Wer sind die ‚Player‘ des Therapieplans? Ich möchte hier die Reha-Kliniken mit Wartezeiten von sechs Monaten erwähnen.“ Das sei „völlig sinnlos vom Aspekt der Rehabilitation“, weil laut Studien nach zwei Monaten Krankenstand die Aussicht auf Rückkehr an den Arbeitsplatz dramatisch sinkt. „Wenn jemand auf Grund einer nebulös gestellten Diagnose ‚Depressive Störung‘ mehr als zwei, drei Monate vom Arbeitsplatz weg ist, dann ist die Chance, dass er an diesen zurückkehrt, sehr stark reduziert. Dann ist auch die Wiedereingliederungsteilzeit nur eine schöne Idee.“ Je länger die Leute zuhause seien, die arbeitsassistenzialen Verfahren „so versagen“ und die Leute „nicht in ihrem Krankenstand, der gerade erst begonnen hat, an die Versorgung herankommen, werden wir sehr viele verlieren“. Das sei „im Grunde hausgemacht“. Psychisch Kranke bräuchten schneller eine Versorgung. „Das wird nicht gelingen, wenn wir nur in die Breite gehen und immer mehr vom Gleichen anbieten und teilweise unqualifiziert mit der Gießkanne über die Betroffenen leeren. Wir sollten klarer sagen,

welche Gruppen wir behandeln wollen. Reden wir von psychisch Kranken oder vom Lebensunglück im Allgemeinen?“, plädierte Mersch für mehr Präzision, für Klarheit, wer die „Gatekeeper“ seien und wie man die „Einhaltung von Behandlungsleitlinien durchsetzen“ könne.

Abschließend meinte Mersch, es gelte die Ressource gut zu verwalten: „Wer gehört zum Psychiater und wer nicht?“ Er sei nicht zuständig für Dinge, die der Zauberei und nicht der Psychiatrie bedürften. Es gebe nämlich auch eine gesellschaftliche Verantwortung für das Wohl der Menschen. „Wir können nicht zum Masseverwalter degradiert werden, wenn z.B. Sozialleistungen gesellschaftlich nicht gelingen. Das als Depression bei uns in der Ordination zu behandeln, bringt uns nichts. Umso mehr sollten wir im Hinblick auf die allgemeine psychische Gesundheit, die Verantwortlichen in die Pflicht nehmen.“ Es sei eine politische Verantwortung, z.B. die Inflation zu bekämpfen, und „dafür zu sorgen, dass die Menschen nicht in Angst leben müssen.“ Die Forderung nach mehr Psychotherapie sehe ich da kritisch: Sie können die Inflation nicht mit einer Psychotherapie behandeln. Es gibt keine psychische Gesundheit ohne Bekämpfung der Armut.“



„Reden wir von psychisch Kranken oder vom Lebensunglück im Allgemeinen? Wir brauchen mehr Präzision, mehr Klarheit, wer die ‚Gatekeeper‘ sind und wie wir die Einhaltung von Behandlungsleitlinien durchsetzen können.“

Dr.ⁱⁿ Sigrid Pilz, Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtschaft (WPPA)¹⁸

PVEs ausbauen und Social Prescribing, Community Nurses und School Nurses einbinden

„Dass es eine Versorgungsdifferenz in Österreich gibt, ist so wahr wie inakzeptabel. Wir müssen schauen, was im niedergelassenen Bereich passiert. Wir sollten uns die Verschreibungspraxis anschauen. Nach meiner Kenntnis werden die meisten Psychopharmaka von Allgemeinmediziner:innen verschrieben. Das müsste man kritisch beleuchten, ob hier eine adäquate Therapie stattfindet oder ob mangels anderer psychotherapeutischer oder vernetzter Ressourcen Psychopharmaka eingesetzt oder gar missbraucht werden“, so Dr.ⁱⁿ Sigrid Pilz, zum Zeitpunkt der Veranstaltung Wiener Pflege- und Patient:innenanwältin.

„Wir brauchen mehr Energie für den Ausbau der Primärversorgungseinheiten, denn dort gibt es mehrere Disziplinen und die PVEs sind auch dazu aufgerufen, aktiv zu schauen, wo Versorgungsdefizite der Bevölkerung in der Region vorliegen. Man kann Social Prescribing wählen, bzw. die Zusammenarbeit mit existenten Sozialstrukturen oder Community Nurses und School Nurses, um die Versorgung langfristig ergänzend aufzubauen. Bitte denken Sie daran, dass Qualitätssicherung wichtig ist. Den Psychopharmaka-Konsum sollten wir uns doch einmal kritisch anschauen, denn für eine chronische Erkrankung sollte das nicht das Mittel der Wahl sein.“

„Wir müssen uns auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie annehmen. Das sind die Gesunden und Kranken von morgen – und dort gibt es eine große Baustelle.“

Prim.^a Dr.ⁱⁿ Rados merkte in Replik an, dass der Eindruck, Psychotherapie habe keine Nebenwirkungen, falsch sei. „Wir wissen ziemlich genau, welcher Patient jetzt was braucht, hier gibt es klare Empfehlungen. Außerdem wird die psychologische Behandlung nie erwähnt. Psychotherapie ist ein sehr aufwendiges und oft auch für die Patient:innen sehr belastendes Verfahren und oft braucht es das gar nicht.“ Bei Psychopharmaka gebe es in Österreich „keine Überversorgung“, man wisse das aus den Verschreibungszahlen. „In manchen Bereichen, z.B. den Antidepressiva, haben wir eher eine Unterversorgung.“ Die Frage bleibe, ob die richtigen Patient:innen die richtigen Medikamente bekämen: „Ich glaube, wir sind hier eher in einer Fehlversorgung. Unter Umständen bekommen falsche Patient:innen zu viel und andere gar nichts.“ Rados setzte sich dafür ein, statt „Psychopharmaka zu generalisieren“, sie entlang gängiger Leitlinien einzusetzen, „weil es für einige Erkrankungen, wie zum Beispiel die rezidivierende Depression oder die Schizophrenie sehr wohl oft um langfristige Medikation bis hin zu Dauermedikationen geht“.

Recht gab Rados Pilz, dass Zeitmangel zu einer „schnelleren Verschreibungspraxis“ führen könne, anstatt verschiedene Maßnahmen zu evaluieren. Man könne nicht ableiten, dass „wenn die meisten Psychopharmaka von Hausärzt:innen verschrieben werden, dies ein fachlich nicht korrektes Verhalten sei“. „Eine unkomplizierte Depression kann durchaus nach der Diagnose vom Hausarzt erstbehandelt werden – und die sehen wir dann nie, weil es gut läuft. In vielen Fällen, insbesondere im ländlichen Raum, würden wir das gar nicht anders schaffen.“

Vorständin Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Eva Maria Reininghaus, MBA, Med Uni Graz

Erkrankungsgruppen spezifisch behandeln und spezifisch psychoedukativ aufklären

Erkrankungsgruppen seien spezifisch zu behandeln, begann Vorständin Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Eva Maria Reininghaus, MBA, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Medizinische Universität Graz, ihre Ausführungen. „Ich sehe es als hochrelevant an, Patient:innen über ihre eigene Erkrankung intensiv zu schulen. Wenn ich weiß, welche Symptome auftreten können, kann ich ganz anders damit umgehen“. Ganz oft treffe sie auf Patient:innen, die ihre Diagnose und auch ihre Symptome nicht kennen und damit auch nicht frühzeitig erkennen könnten, wenn sie wieder Symptome hätten. „Diese psychoedukative Aufklärung – spezifisch für die jeweilige Erkrankung – ist aus meiner Sicht ganz wichtig.“ Die Angehörigen seien „natürlich ein Thema“, da hätten „wir im Akutbereich viel Versorgungsbedarf, uns fehlt aber für die Betreuung von Angehörigen die Zeit, zudem sind die Leistungen nicht verrechenbar“.

Zum Thema Arbeitsfähigkeit: Wenn Menschen lange außerhalb des Arbeitsmarkts seien, „finden sie häufig sehr schwer zurück“. „Wenn Betroffene dann wirklich

ganz aus dem Arbeitsprozess draußen sind, sei es über Reha-Geld oder Pension, dann gibt es in der Pension keine Anforderungen und auch keine Alltagsstrukturierung mehr. Da haben wir oft junge Menschen, die nie wieder arbeiten müssen und in diesem Kontext aber auch jegliche soziale Kontakte und ihre Tagesstruktur verlieren.“ Diese Gruppe könne tätig und produktiv sein, bräuchte aber ein sehr unterstütztes Setting. Wir wissen auch aus der Forschung, dass Gene, die unseren chronobiologischen Rhythmus steuern, bei psychischen Erkrankungen Veränderungen aufweisen. Deswegen ist es besonders wichtig, Tagesrhythmus-Strukturierungen zu unterstützen.

Reininghaus wies darauf hin, telemedizinisch gewisse Betreuungen durchführen zu können. Sie implementiere aktuell einen Roboter für kognitives Training der Patient:innen. „Das ist kein Ersatz für Personal, aber der Roboter unterstützt uns.“

„Ich sehe es als hochrelevant an, Patient:innen über ihre eigene Erkrankung zu schulen. Diese psychoedukative Aufklärung – spezifisch für spezifische Erkrankungen – ist ganz wichtig.“

In ihrer Replik wandte sich Prim.^a Dr.ⁱⁿ Rados dagegen, Menschen, die „früh aus dem Erwerbsleben durch eine Pensionierung ausscheiden, nachweisen zu lassen, dass sie ohnedies etwas tun“. So müssten beispielsweise Reha-Geld-Bezieher:innen Anforderungen nachweisen und ziehen dann wieder „aus der Gießkanne irgendwelche, manchmal sehr sinnvolle, Dinge heraus.“ Niemand solle sich hier freibeweisen müssen.



Dr. Oliver Scheibenbogen, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe

Medikamentöse, psychologische und psychotherapeutische Behandlung Hand in Hand

„Wir wissen, dass viele Patient:innen Psychopharmaka nicht so einnehmen, wie sie verschrieben werden. Studien sprechen von über 40 % Non-Compliance.¹⁹ Wenn es um Bewusstseinsbildung geht, braucht es Information darüber, dass Psychopharmaka heute etwas anderes sind als früher. Ob Medikamente richtig eingenommen werden, hängt davon ab, wer sie verschreibt, in welchem Setting, und auch, wie weiter vorgegangen wird“, betonte Dr. Oliver Scheibenbogen, Leiter des Bereichs

Klinische Psychologie am Anton Proksch Institut sowie Gründungsmitglied und wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Sozialästhetik und Mental Health an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien.

Zur Technologie: „Aus meiner Sicht kann das Eingangstor ruhig digital sein, um dann weiter zu vermitteln. Bei der Aufrechterhaltung der Behandlung krankt es dann oft im Digitalbereich.“

„Eins und eins ist drei. Medikamentöse Behandlung und psychologische sowie psychotherapeutische Behandlung besser Hand in Hand gehen zu lassen, sollten wir forcieren.“

Direktorⁱⁿ Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Barbara Sperner-Unterweger, Medizinische Universität Innsbruck

Integrierte Versorgung bis hin zum Hausarzt anbieten – auch über digitale Vernetzung und Diagnostik-/Therapie-Schulungen

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Barbara Sperner-Unterweger, Geschäftsführende Direktorin des Departments Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie der Universitätskliniken für Psychiatrie in Innsbruck, wies auf den „Personalmangel“ auch in den Kliniken hin. Dies müsse dringend geändert werden. Sperner-Unterweger nannte die Schweiz als Vorbild. „Ferner braucht es eine verbesserte Vernetzung im Sinne integrierter Versorgung bis hin zum Hausarzt.“ Konkret: „Wir brauchen dringend im Bereich ‚psychischer Gesundheit‘ ein aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem, in dem alle Behandlungsangebote vom Hausarzt über die spezifischen ambulanten und stationären Akutbehandlungsan-

gebote bis hin zur PSY-Reha miteinander vernetzt sind – und nicht wie bisher parallel ohne einen effizienten Austausch in der Behandlungsplanung und Durchführung zwischen den Strukturen laufen. Ein großes Problem bezüglich einer besseren Vernetzung stellen auch die unterschiedlichen Finanzierungszuständigkeiten dar.“

Dabei müsse auf „digitale Vernetzung“ wie auf „Schulungen in der Diagnostik und Therapie“ gesetzt werden. Etwa gebe es gute Beispiele aus dem Bereich der Onkologie, wie man direkt mit den Behandler:innen digital in Kontakt bleiben könne. Auch im Bereich so genannter „patient reported outcomes“, also durch Patient:innen

selbst dokumentierte Therapieergebnisse, würden digitale Kommunikationsmittel im Sinne der Einbindung und Mitgestaltung von Patient:innen bereits gut eingesetzt. „Das ist kein Ersatz für den persönlichen Kontakt, aber eine Ergänzung.“

Man arbeite aktuell an einer digitalen Plattform zur Vernetzung für spezifische psychische Fragestellungen mit anderen Krankenanstalten, im „Sinne eines Boards“, wie man es aus der Onkologie oder der Transplantation kenne. In der Folge solle dies für die Hausärzt:innen zur Verfügung gestellt werden, „damit dieses Schnittstellen-/Nahtstellen-Management auf der digitalen Ebene ausgebaut werden kann“. Unterstützend war Sperner-Unterweger für all jene Statements des Janssen Mental Health Forums, die auf Psychoedukation setzten. „Ich glaube, dass wir da noch viel mehr brauchen.“

Sperner-Unterweger unterstrich: „Ich wünsche mir endlich genügend leistbare psychotherapeutische Angebote für Patient:innen. Da wäre die Politik echt gefragt, die

Psychotherapie für Patient:innen erreichbar und leistbar zu machen.“ Sie erwarte sich auch eine „gemeinsame Indikation“ für die Psy-Reha, damit diese zielführender gestaltet würde. Spontane Unterstützung für die Forderung nach leistbaren Angeboten bekam Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sperner-Unterweger von DI.ⁱⁿ Wambacher: „Bei uns sind ganz viele Leute, die am Existenzminimum oder mit weniger leben. Die brauchen mehr niedergelassene Ärzt:innen mit Kassenvertrag und die brauchen Psychotherapie auf Krankenschein.“



Vernetzung: Neues Psychotherapie-Gesetz als Chance nützen, stärker auf das Potenzial der klinischen Psychologie und auf Multiprofessionalität setzen

Bereits in der Vorbereitung des Janssen Mental Health Forums hatte sich Sperner-Unterweger „hoffnungsvoll“ gezeigt, dass mit dem geplanten neuen Psychotherapie-Gesetz auch ein erweitertes Angebot akademisierter Psychotherapeut:innen geschaffen werde. Kritisch äußerte sie sich hingegen zum Angebot „nicht-akademischer“ Psychotherapie. Auch Musalek unterstrich in diesem Zusammenhang, im neuen Gesetz einen „Schritt in die richtige Richtung zu sehen“, aber „noch keine Lösung“. Die Akademisierung sei prinzipiell gut, man müsse aber die Frage nach dem Curriculum stellen. „Das geht natürlich schon besser über Institutionen als über

private Vereine. Die Akademisierung ermöglicht die Einführung zusätzlicher Qualitätskriterien.“ Patient:innen würden aktuell häufig bei Psychotherapeut:innen behandelt, „die gewisse Berührungspunkte auch zur Psychopharmakologie haben“. Musalek weiter: „Wir dürfen auch die klinischen Psycholog:innen nicht vergessen. Hier haben wir ein ganz großes Potenzial: Die klinischen Psycholog:innen spielen eine große Rolle im Gesamtversorgungssystem.“ Eine engere Vernetzung sei auch mit Physio- und Ergotherapie zu suchen. „Psychiatrie heute sinnvoll zu betreiben, ist einfach ein multiprofessionelles Geschehen.“

„Digitale Kommunikationsmittel sind kein Ersatz, aber eine Ergänzung des persönlichen Kontakts in der Psychiatrie.“

Dr. Rudolf P. Wagner, Geschäftsführer pro mente Wien

Mit Genesungsbegleiter:innen und Peer-Erfahrenen in die Schulen gehen

Leute, die schwer erkrankt sind, sollten nicht wiederholt Nachweise erbringen müssen, wie krank sie eigentlich sind, stellte Dr. Rudolf P. Wagner, Geschäftsführer von pro mente Wien, eingangs klar. Auch pro mente falle es schwer, Menschen dabei zu unterstützen, dass sie ihre Existenzsicherung erhalten. „Wie soll das jemand machen, der institutionell nicht angebunden ist? Das ist ein Desaster. Wir brauchen eine aufsuchende, nachgehende und kostenfreie Sozialarbeit zur Unterstützung bei Existenzsicherungsfragen.“ Er, Wagner, möchte im Sinne der Prävention den Selbsthilfebereich und Genesungsbegleiter:innen dabei unterstützen, auf Awareness zu setzen. „Ich war schon das eine oder andere Mal eingeladen, in Schulen über psychische Gesundheit und Krankheit zu sprechen. Das wird Thema in der siebenten Klasse: Das ist viel zu spät, man müsste früher ansetzen, am besten mit Genesungsbegleiter:innen oder Peer-

Erfahrenen.“ Auch bei pro mente wolle er den Selbsthilfebereich stärken.



„Je schwerer psychische Erkrankungen sind, umso ‚entgegenkommender‘ müssen die Hilfen sein.“

DI.ⁱⁿ Michaela Wambacher, Obfrau Verein Achterbahn, Erfahrungsexpertin

Peer-Arbeiter:innen repräsentativ einbinden

DI.ⁱⁿ Michaela Wambacher, Obfrau des Vereins Achterbahn und Erfahrungsexpertin, unterstrich in ihrem Statement den hohen Bedarf an Erfahrungsexpert:innen in Fach- und Entscheidungsgremien. Es sei bekannt, wie überlastet das Gesundheitssystem im psychosozialen Bereich ist. „Die Peer-Bewegung, die Selbsthilfe, kann hier mit einem niederschweligen Angebot punkten, nicht zuletzt durch Bewusstseinsbildung bei psychosozialen Fachpersonal.“ Das Potenzial der Selbsthilfe werde allerdings in den meisten Bundesländern zu

wenig anerkannt und deshalb nicht ausreichend finanziert. Zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess machte Wambacher ebenso deutlich, dass hier gerne die Expertise geteilt werde. Ihr Ziel sei es, künftige Round Tables mit je einem Drittel Erfahrungsexpert:innen, Fachexpert:innen und Angehörigen besetzt zu wissen. Man fühle sich „immer noch unterrepräsentiert.“

Zum Wiedereingliederungsteilzeitgesetz merkte Wambacher an, dass „dieses ein guter erster Schritt“ sei, aller-

dings gebe es viele, „die aus verschiedensten Gründen nicht an ihren ursprünglichen Arbeitsplatz zurückkehren wollen“. Oft spiele „die Scham und die Stigmatisierung“ eine Rolle, an den Arbeitgeber heranzutreten und zu sagen, dass man psychisch krank sei.

Menschen, die einen AMS- oder Reha-Geld-Bezug hätten, wollten „arbeiten gehen“. Das „Ausprobieren“ stehe dann im Vordergrund, wenn man aufgrund der Erkrankung noch nicht voll arbeiten könne. „Hier ist das System zu starr, denn es ginge dann nur eine geringfügige Beschäftigung mit begrenzter Arbeitszeit. Bei mehr Stunden wird den Betroffenen das AMS-Geld gestrichen.“ „Hier andere Regelungen zu erzielen, die dafür sorgen, dass die Menschen immer das bekommen, was sie brauchen, wäre sehr hilfreich.“

In der Steiermark sei die fachliche Versorgungslandschaft gut. Die Weiterversorgung von 18-Jährigen, die bisher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden, werde an der Schnittstelle oft zum Problem. „Wenn da nahtlose Übergänge aufgebaut werden könnten, wäre das für die Betroffenen sehr hilfreich. Da könnte auch die Genesungsbegleitung eine wichtige Rolle spielen.“ Zu wenig sei ihr in der Runde auch die psychologische Betreuung und Angehörigenarbeit „in der Familie“ diskutiert worden. „Bei chronischen Depressionen wird

noch zu wenig mit der Familie gearbeitet. Da muss mehr in die mobile Arbeit investiert werden.“

Peer-Arbeit könne auch sinnvoll in den entlegeneren Regionen und kleineren Ortschaften eingesetzt werden. Dazu würden aber Ausbildungsmöglichkeiten „und ein Sozialberufegesetz, wo wir vorkommen“ sowie mehr Bereitschaft in Trägerorganisationen, Peer-Arbeiter:innen zu implementieren, benötigt.

„Die Peer-Bewegung, die Selbsthilfe, kann hier mit einem niederschweligen Angebot punkten, nicht zuletzt durch Bewusstseinsbildung bei psychosozialen Fachpersonal.“

In Replik wandte Dr.ⁱⁿ Eva Hörtl ein, dass man mit dem Wiedereingliederungsteilzeitgesetz nach sechs Wochen Krankenstand – egal mit welcher Diagnose – das Recht habe, wieder einzusteigen. „Man stellt sich selbstverständlich nicht vor den Arbeitgeber hin und sagt, dass man psychisch krank ist. Man macht mit fit2work einen Wiedereingliederungsteilzeitplan, unabhängig von der Diagnose, und die Arbeitszeit wird reduziert.“

Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata, MedUni Wien

Arbeitgebern die Angst nehmen, psychisch kranke Mitarbeiter:innen zu beschäftigen

„Wir haben vor 15 Jahren auf europäischer Ebene eine gesundheitsökonomische Analyse gemacht. Die Daten für Österreich haben gesagt: Der Kostenanteil von Psychopharmaka macht – über alle psychischen Erkrankungen – 3 % aus.²⁰ Der Rest sind andere Kosten“, erklärte Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata, Leiter der Klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie an der MedUni Wien.

„Wir diskutieren in der Öffentlichkeit immer, dass psychisch Kranke so häufig nicht arbeitsfähig seien und aus dem Arbeitsprozess herausfielen. Das ist aus ökonomischer Sicht relevant und es ist wichtig, dass die Politik das weiß, weil sie Angebote planen muss“, so Univ.-Prof. Dr. Wancata. „Wenn wir aber auf Ebene der gesamten Bevölkerung die Zahlen anschauen: Dort sind 5 % nicht im Arbeitsprozess aus gesundheitlichen Gründen.²¹“

²⁰ Wancata J, Sobocki P, Katschnig H: Die Kosten von „Gehirnerkrankungen“ in Österreich im Jahr 2004. Wiener Klinische Wochenschrift 2007; 119:91-98

²¹ Unveröffentlichter Forschungsbericht

Von den Menschen mit psychischen Erkrankungen sind das 12 bis 13 %, also das 2,5-fache.²² 88 % der psychisch Kranken sind im Arbeitsprozess, viele davon sind seit vielen Jahren krank und stehen im Arbeitsleben.²³ In der öffentlichen Darstellung müssen wir, auch um Arbeitgebern die Angst zu nehmen, darauf hinweisen, dass das in den allermeisten Fällen problemlos funktioniert“, so Wancata.

Weiter: „Wir haben in Österreich eine ganze Reihe an Psychotherapie-Verfahren, für die es keine Evidenz in der Behandlung psychischer Erkrankungen gibt. Ich rede nicht von der Verwendung von psychotherapeutischen Methoden für andere Zwecke im Alltag wie etwa Beratung von Managern, sondern von Krankenbehandlung. Nicht jedes psychotherapeutische Verfahren ist für alle Krankheitsbilder geeignet. Wie damit umgegangen wird, kann ich mir in keinem anderen Fach der Medizin

vorstellen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass bei einer Herzerkrankung Verfahren zugelassen und von der Krankenkasse bezahlt werden, für die es keine wissenschaftliche Evidenz gibt. Ich halte das für diskriminierend.“

„Wir wissen seit zwei Jahrzehnten in der gemeindenahen psychischen Versorgung, dass man, wenn man die sozialarbeiterische und pflegerische Betreuung von der psychiatrischen trennt, schlechtere Ergebnisse erhält. In einigen Bundesländern ist das aber weiterhin getrennt – das gehört zeitnahe in allen Bundesländern geändert. Dann können wir auch die Ressource ‚Facharzt‘ besser einsetzen.“ Es sei sachlich nicht nachvollziehbar, dass früher ein Facharzt drei bis vier Assistenz-Ärzt:innen ausgebildet habe und man heute ein Verhältnis von 1:1 benötige, die Kinder- und Jugendpsychiatrie sei hier die Ausnahme. „Die Erwachsenen-Psychiatrie ist auch seit Jahren ein Mangelfach.“

„Wir haben in Österreich eine ganze Reihe an Psychotherapie-Verfahren, für die es keine Evidenz in der Behandlung psychischer Erkrankungen gibt. Ich kann mir nicht vorstellen, dass bei einer Herzerkrankung Verfahren zugelassen und von der Krankenkasse bezahlt werden, für die es keine wissenschaftliche Evidenz gibt.“



²² Unveröffentlichter Forschungsbericht

²³ Unveröffentlichter Forschungsbericht

„Depressive Zustandsbilder sind auch bei Kindern und Jugendlichen keine Seltenheit. Basierend auf einer aktuellen Meta-Analyse findet sich eine Punktprävalenz depressiver Symptome bei einem Drittel der Minderjährigen. Die Punktprävalenz depressiver Erkrankungen liegt bei etwa 8 %.“²⁴

Eine evidenzbasierte Behandlung umfasst ein psychotherapeutisches Vorgehen, das je nach Schweregrad mit einem SSRI kombiniert werden kann. Dennoch sprechen 40 % auf eine initiale Behandlung nicht vollständig an²⁵ und es existiert kaum Evidenz darüber, welche Strategien in der weiteren Behandlung bei Kinder und Jugendlichen anzuwenden sein. Hier sind öffentliche Fördergeber und nicht zuletzt auch pharmazeutische Unternehmen gefragt, entsprechende Studien zu finanzieren.“

Univ.-Prof. Dr. Dr. Paul Plener, MHBA, MedUni Wien

„Es ist für mich erstaunlich, in welchem Ausmaß „Depression“ noch immer in weiten Kreisen nicht als Krankheit verstanden wird. Schon gar nicht verstanden wird sie als was sie ist: nämlich eine relevante Volkskrankheit. Das hat menschliches Leid und auch volkswirtschaftliche Probleme in hohem Ausmaß zur Folge – und daher müssen wir es ändern.“

Denn die Veränderung dieser nicht mehr zeitgemäßen Sichtweise und der damit verbundenen Stigmatisierung ist die Grundlage für einen adäquaten Umgang mit Depression.“

**Prim. Dr. Georg Psota,
Chefarzt Psychosoziale Dienste in Wien, Obmann von pro mente Wien**

²⁴ Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. Br J Clin Psychol. 2022 Jun;61(2):287-305. doi: 10.1111/bjc.12333. Epub 2021 Sep 26. PMID: 34569066.

²⁵ Dwyer JB, Stringaris A, Brent DA, Bloch MH. Annual Research Review: Defining and treating pediatric treatment-resistant depression. J Child Psychol Psychiatry. 2020 Mar;61(3):312-332. doi: 10.1111/jcpp.13202. Epub 2020 Feb 4. PMID: 32020643; PMCID: PMC8314167.

IMPRESSUM

Medieninhaber:

Janssen-Cilag Pharma GmbH
Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Vorgartenstraße 206B, 1020 Wien
Tel: 01/61030-0, Fax: 01/6161241
Mail: office@janssen.at
Firmenbuchnummer: FN 135731 f
UID: ATU39420701
Firmenbuchgericht: Handelsgericht Wien

Text:

Mag. Michael Eipeldauer
Eipeldauer-Consulting e.U.

Fotos:

Martin Lachmair
creativedirector.cc.lachmair.gmbh

Titelbild:

Jeffrey Sparr, Same Guy
A survivor, battling Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Jeffrey's mission is to help people create peace of mind through expressive arts and storytelling.

Die in diesem Bericht enthaltenen Angaben wurden mit großer Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Dennoch kann der Medieninhaber keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der gebotenen Informationen übernehmen. Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr. Eine Haftung für Schäden, die sich aus der Verwendung der hier veröffentlichten Inhalte ergeben, ist ausgeschlossen. Satz- und Druckfehler vorbehalten.

Janssen-Cilag Pharma GmbH

Vorgartenstraße 206B
1020 Wien

www.janssen.com/austria

