

Versorgungssituation von Versicherten mit psychischen Problemen: Terra incognita?

Psychische Krankheiten sind die häufigste Ursache für eine IV-Rente. Mit einer Machbarkeitsstudie liess das BSV die Versorgungssituation Versicherter untersuchen, die wegen psychischer Probleme eine IV-Anmeldung eingereicht haben oder Rente beziehen. Angesichts der niedrigen medizinischen Behandlungsrate von Menschen mit psychischen Störungen, war es für die Studienverantwortlichen eher überraschend, dass die meisten Versicherten auf eine längere Vorgeschichte medizinischer Behandlungen zurückblicken.

das Jahr 2012 eine durchschnittliche Behandlungsrate von rund 38 Prozent.² In der Schweiz nimmt rund ein Drittel der Personen mit einer schweren Depression (Frauen: 35%; Männer: 37%) professionelle Hilfe in Anspruch.³

Wenn, dann wenden sich die meisten Menschen auch bei psychischen Problemen zunächst an die Hausärztin oder den Hausarzt. Gemäss einer Schweizer Studie nehmen diese bei etwa einem Drittel ihrer Patientinnen und Patienten depressive Probleme wahr. Sie intervenieren jedoch nur sehr selten, nämlich nur in rund drei Prozent der Fälle.⁴ Deutlich wird in der erwähnten Studie auch,



Peter Rüesch
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften



Szilvia Altwicker-Hámori



Bernhard Bührlen
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

Herausforderungen der Versorgung

Viele Menschen mit schweren psychischen Problemen, die sie im Alltagsleben, im Beruf oder in der Partnerschaft beeinträchtigen, lassen sich nicht von einer Fachperson behandeln. So erhalten etwa in der EU nur rund ein Viertel der Personen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen eine spezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung.¹ Die neueste Studie zu psychischen Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung zeigt für

dass die betreffenden Patientinnen und Patienten häufig schon eine längere Leidensgeschichte hinter sich haben, wenn sie die ärztliche Praxis aufsuchen und oft – neben der Depression – in umfassenderem Sinne sowohl gesundheitlich als auch sozial beeinträchtigt sind. Diese komplexe multimorbide Problematik zeigt sich auch bei Personen, die aufgrund einer psychiatrischen Indikation eine IV-Rente beziehen.⁵ Die wissenschaftliche Befundlage zur Versorgungssituation weist darauf hin, dass bei vielen Menschen, die aufgrund psychischer Probleme an die IV

1 Wittchen, Hans-Ulrich und Frank Jacobi, «Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies», in *European Neuropsychopharmacology* 15, 2005, 357–376; Wittchen, Hans-Ulrich et al., «The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010», in *European Neuropsychopharmacology* 21, 2011, 655–679

2 Wittchen, Hans-Ulrich und Frank Jacobi, *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?*, Präsentation am DEGS-Symposium, 14.6.2012: www.degs-studie.de → Ergebnisse → DEGS1-Symposium 2012 (PDF; Stand: Januar 2014)

3 Rüesch, Peter et al., *Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz*. Obsan Dossier 23, Neuenburg 2013

4 Baer, Niklas et al., *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung*. Obsan Bericht 56, Neuenburg 2013

5 Baer, Niklas et al., *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/09, Bern 2009

Psychische und körperliche Gesundheit: Anzahl dokumentierte Krankheits- und Behandlungsepisoden im Zeitverlauf (Analyseebene: Episoden)

T1

IV-Gebrechenscode	Psych. Krankheit			Psychiatr. Behandlungen			Körperl. Krankheit		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
641 (N=22)	54 (71)	13 (17)	9 (12)	51 (60)	14 (16)	20 (24)	12 (71)	5 (29)	0 (0)
642–645 (N=25)	56 (78)	11 (15)	5 (7)	50 (75)	12 (18)	5 (7)	20 (57)	9 (26)	6 (17)
646 (N=72)	158 (74)	39 (18)	16 (8)	132 (67)	45 (23)	21 (11)	68 (60)	34 (30)	11 (10)
Gesamt (N=119)	268 (74)	63 (17)	30 (8)	233 (69)	71 (21)	36 (11)	100 (61)	48 (29)	17 (10)

Zelleninhalt: Anzahl Episoden, in Klammern Prozentwerte

Beobachtungszeiträume: I=Beginn vor Erstkontakt; II=zwischen Erstkontakt und Rentenbeschluss; III=nach Rentenbeschluss

Ein Dossier musste aus formalen Gründen aus der Analyse ausgeschlossen werden.

gelangen, ein schleichender Prozess der Chronifizierung und beruflichen sowie sozialen Desintegration stattgefunden hat. Wenn es gelänge, diese Menschen frühzeitiger zu einer adäquaten Behandlung zu führen, könnten vielleicht in manchen Fällen der Verlust des Berufes und andere schwerwiegende soziale Konsequenzen vermieden werden.

Fragestellung der Machbarkeitsstudie

Aufgrund der eingangs skizzierten Herausforderungen besteht auch bei der Invalidenversicherung ein wachsendes Interesse an der Versorgungssituation von Versicherten mit psychischen Krankheiten. Und zwar sowohl an einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung als auch an einer vergleichbaren und der Wirkungsmessung zugänglichen Dokumentation. Invaliditätsbedingte Frühberentungen mit psychiatrischer Indikation liessen sich dadurch womöglich reduzieren. Im Rahmen der hier vorgestellten Machbarkeitsstudie, wurde die Versorgungsqualität von versicherten Personen deshalb näher untersucht. Dabei interessierte besonders, inwiefern die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung versicherter Personen sich aus den Versichertendossiers der IV-Stellen ermitteln und bewerten lässt.

Methodik

Zu diesem Zweck wurden mittels einer geschichteten Zufallsstichprobe 120 IV-Dossiers ausgewählt. Die Grundgesamtheit bildeten dabei all jene Personen, wel-

che bei der IV zwischen 2005 und 2010 mit einem Gebrechenscode aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen (641–646)⁶ für ein Rentengesuch, für Eingliederungsmassnahmen oder für einen Rentenbezug angemeldet waren. Die Schichtung erfolgte nach den Merkmalen Zeitperiode des Erstkontakts mit der IV (2005–2007 bzw. 2008–2010), Altersgruppe sowie Rentenstatus. In Bezug auf die weiteren soziodemographischen Merkmale der Versicherten und der geographischen Verteilung wurde durch eine Zufallsauswahl Repräsentativität für die Gesamtschweiz hergestellt.

Zunächst wurde in einer knapper gehaltenen «Schnellkodierung» der IV-Dossiers untersucht, welche der interessierenden Merkmale zum Gesundheitszustand, zu Behandlungsmassnahmen etc. überhaupt dokumentiert sind. Zwölf dieser Dossiers wurden dann einer detaillierteren Kodierung unterzogen, bei der nicht nur das Vorhandensein, sondern auch die Ausprägung der Merkmale erfasst wurde. Die umfassendere Charakterisierung dieser Dossiers wurde schliesslich zu einer qualitativen, inhaltsanalytischen Auswertung genutzt.

Was wird in Versichertendossiers wie dokumentiert?

Obschon methodisch nicht Hauptziel der Machbarkeitsstudie, bringen ihre Resultate doch Licht in die Versorgungssituation von Versicherten mit psychischen Problemen. So wiesen die Dossiers einer Mehrheit der versicherten Personen mindestens zwei oder mehr dokumentierte psychische Krankheits- oder Behandlungsepisoden (Maximum: acht Episoden) auf. Auffallend war, dass der grösste Teil (74%) der erfassten psychischen Krankheitsepisoden, der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsepisoden (69%) und der körperlichen Krankheitsepisoden (61%) bereits vor dem Erstkontakt mit der IV begonnen hatten – und dies z.T. sogar lange (d.h. mehrere Jahre) vorher (vgl. Tabelle T1). Dies

⁶ Die Codes sind wie folgt definiert: 641 Schizophrenie. 642: Manisch-depressives Kranksein (Zyklothymie). 643: Organische Psychosen und Leiden des Gehirns. 644: Übrige Psychosen. 645: Psychopathie. 646: Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose – Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen; funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen, wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden.

deutet darauf hin, dass die Gesundheitsprobleme, die letztlich zu einer IV-Anmeldung führen, oft eine bereits längere Vorgeschichte haben und die versicherten Personen schon vor dem ersten Kontakt mit der IV medizinisch betreut werden. Allerdings ist den Dossiers nicht zu entnehmen, ob die Versorgung adäquat erfolgt.

Bei rund der Hälfte der versicherten Personen sind nur psychiatrische Behandlungen dokumentiert, die bereits vor dem Erstkontakt mit der IV initiiert wurden. Demzufolge werden bei jeder und jedem zweiten Versicherten mit psychischen Gebrechen während der IV-Abklärung keine neuen Behandlungen mehr in die Wege geleitet.

Es wurde auch untersucht, wie lange der zeitliche Abstand zwischen dem Beginn der frühesten Krankheits- oder Behandlungsepisode und dem Erstkontakt mit einer IV-Stelle ausfällt (vgl. Grafik G1). Über alle versicherten Personen liegt der Beginn der frühesten dokumentierten Episode einer psychischen Erkrankung bis zum Erstkontakt mit der IV im Mittel (Median) bei 37 Monaten. Für den Beginn einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung liegt der Mittelwert bei 18 Monaten vor dem Erstkontakt. Allerdings ist die Streuung dieser Variablen

erheblich: Beispielsweise verzeichnet ein Viertel der Fälle einen dokumentierten Krankheitsbeginn von über 110 Monaten vor Erstkontakt und einen Behandlungsbeginn von über 56 Monaten vor Erstkontakt. Es sind jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gebrechensgruppen (641, 642–645, 646) festzustellen.

Heterogene Behandlungssequenzen

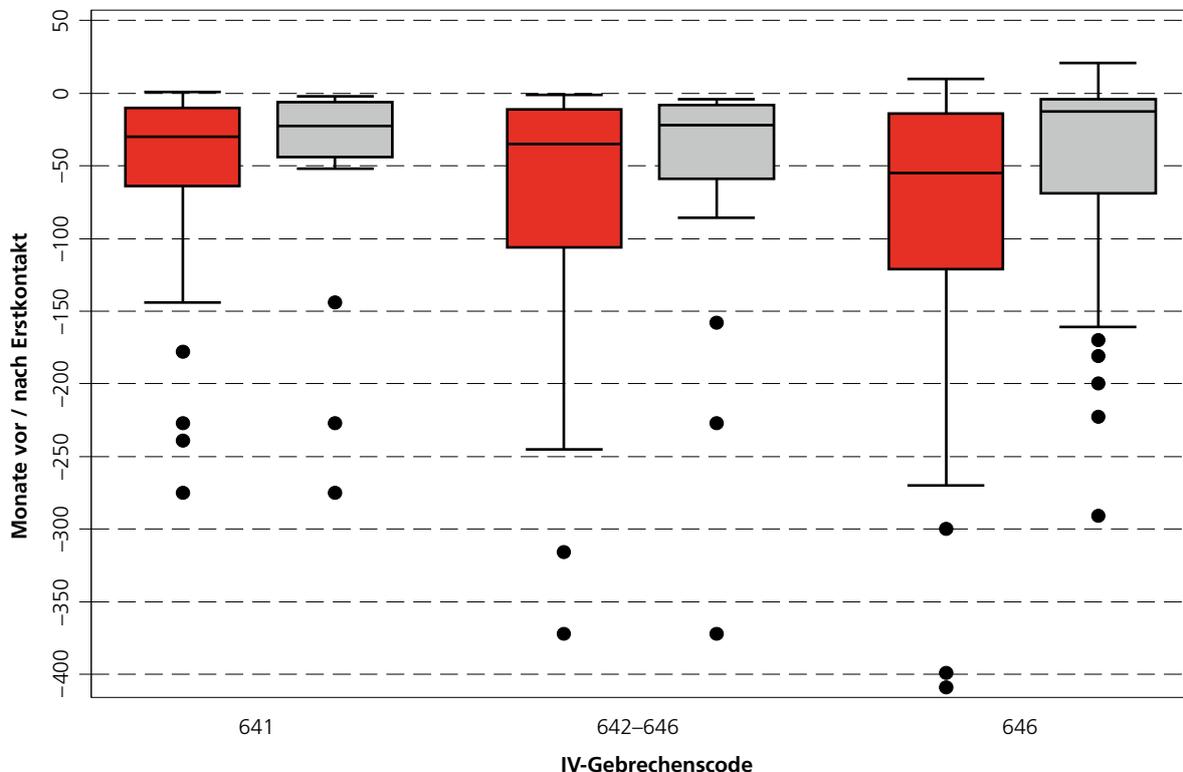
Die Analyse der 120 IV-Dossiers lässt auch Aussagen über Abfolge und Kombination verschiedener Sequenzen von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen zu. Bei rund einem Sechstel der versicherten Personen fallen diese sehr heterogen und komplex aus.

In der untersuchten Stichprobe liessen sich insgesamt 14 verschiedene Kombinationen von Behandlungssequenzen identifizieren. Dabei überwogen drei Varianten (82% der Fälle):

- Nur eine Behandlung wird über einen bestimmten Zeitraum durchgeführt (Sequenz A).

Zeitlicher Abstand (Monate) zwischen Datierung einer ersten psychischen Krankheits- oder Behandlungsepisode und dem Erstkontakt mit IV (negative Werte=Episode liegt vor Erstkontakt)

G1

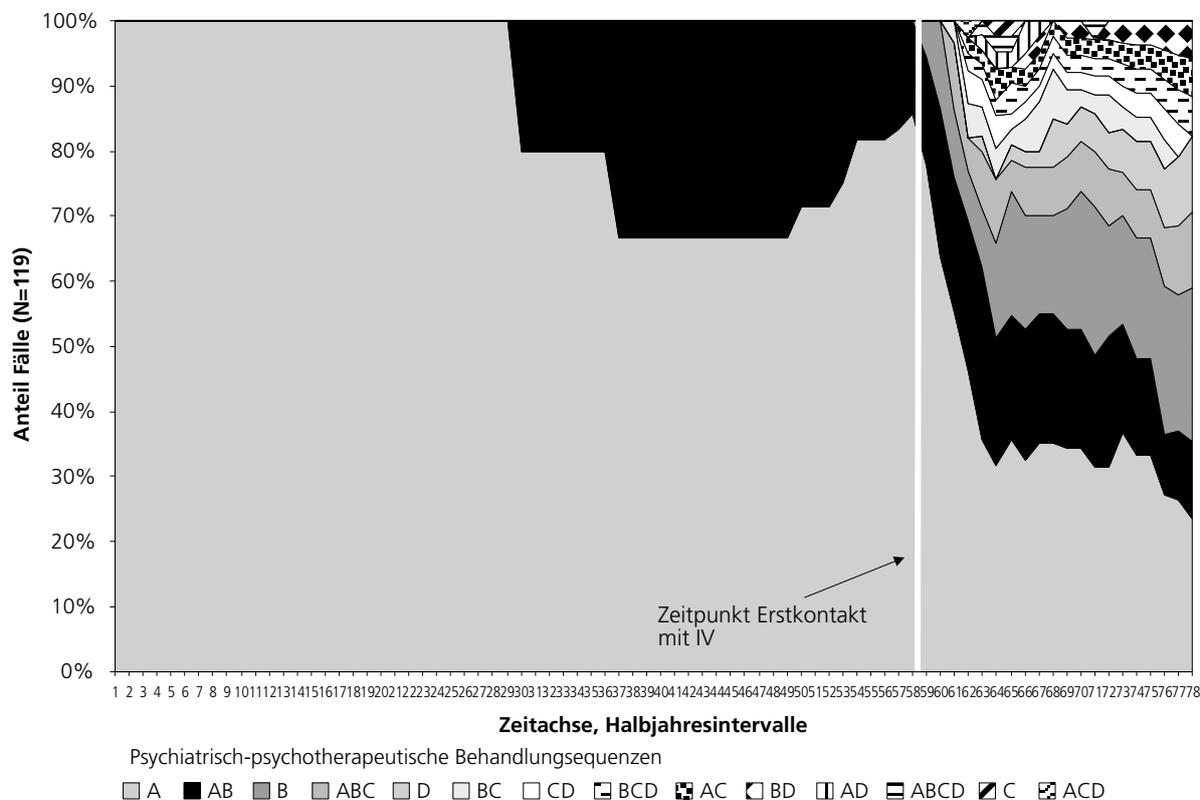


- Dauer in Monaten von erstem Dossiereintrag einer psychischen Krankheit bis IV-Erstkontakt
- Dauer in Monaten von erstem Dossiereintrag einer psychiatrischen Behandlung bis IV-Erstkontakt

Quelle: Lit. Rüesch et al.

Anteil verschiedener Behandlungssequenzen am Gesamt aller psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungssequenzen im Zeitverlauf (Gesamtstichprobe, N=119)

G2



Quelle: Lit. Rüesch et al.

- Eine erste Behandlung wird nach einer gewissen Zeitspanne mit einer zweiten kombiniert, welche dann beide zeitlich parallel laufen (Sequenz AB).
- Eine Behandlung wird nach Abschluss einer ersten neu aufgenommen (Sequenz B).

Im Zeitverlauf verändert sich der Anteil der einzelnen Behandlungssequenzen am Total aller Sequenzen (vgl. Grafik G2). Vor dem Erstkontakt überwiegen ein bis zwei Behandlungsepisoden (A und AB). Erst rund anderthalb Jahre (bzw. drei Halbjahresintervalle) vor dem Erstkontakt werden zunehmend weitere Behandlungsepisoden dokumentiert, deren Spektrum sich nach dem Erstkontakt nochmals deutlich verbreitert, um sich schliesslich gegen Ende des Beobachtungszeitraumes wieder zu reduzieren. Häufigkeit und Vielfalt von Behandlungen scheinen somit nach dem Erstkontakt mit der IV stark zuzunehmen, um gegen Schluss des Abklärungsprozesses wieder abzunehmen.

Allerdings geben die geschilderten Resultate nicht die unverstellte Realität der Behandlungssituation der versicherten Personen wieder, sondern die in den Dossiers

dokumentierte Realität. Die markant zunehmende Behandlungsvielfalt ab Erstkontakt kann nicht einfach als Ausdruck einer realen Zunahme von Interventionen – unter Umständen von der IV veranlasst – interpretiert werden. Der Befund kann auch das Ergebnis des IV-Abklärungsprozesses und der damit verbundenen Dokumentationspraxis sein, indem der Zeit um den Erstkontakt bei der Versicherten-Anamnese besondere Aufmerksamkeit zuteil wird und dazu entsprechend viel dokumentiert wird.

Psychotherapien nur marginal dokumentiert

Im Rahmen der vertiefenden Analyse von zwölf Dossiers zeigte sich, dass die Dokumentation von Diagnosen meistens nach einem anerkannten psychiatrischen Diagnostiksystem (in der Regel die ICD)⁷ erfolgte. Hingegen sind der zeitliche Verlauf und die Entwicklung von psychischen Störungen in der Biografie der versicherten Personen oft nur lückenhaft festgehalten.

Wenig detailliert dokumentiert sind auch die Behandlungsmethoden: Medikamentöse Behandlungen sind zwar präzise erfasst, aber genauere Angaben zu Psychotherapie (z.B. Therapiemethoden, Verfahren, Behand-

⁷ International Classification of Diseases (WHO); das Kapitel V (F) ist den psychischen Krankheiten zugeordnet.

lungsziele) und anderen Formen von psychosozialen Interventionen finden sich nur in wenigen Fällen. Häufig lässt sich die Entwicklung der psychischen Probleme nur dann ausreichend beurteilen, wenn das Dossier durch Austrittsberichte aus stationärer Behandlung oder umfassender durch psychiatrische Gutachten aufgearbeitet wurde.

Es erwies sich auch als schwierig, die Arbeitsfähigkeit der versicherten Personen den jeweiligen Krankheits- und Behandlungs-Episoden zuzuordnen, da sämtliche Informationen dazu nur externen und nachträglich verfassten Berichten entnommen werden konnten. Die Analyse erschwerend war auch, dass in den Dossiers oft viele und zum Teil widersprüchliche Angaben verschiedener Akteure und Institutionen identifiziert werden mussten. Demzufolge lassen sich die Notwendigkeit und der Erfolg von Behandlungen und Eingliederungsmassnahmen oft nur schwer abschätzen.

Fazit und Schlussfolgerungen

Wenn Menschen aufgrund schwerer psychischer Probleme an die IV gelangen, blicken sie meistens bereits auf eine längere Leidens- und Behandlungsgeschichte zurück, wie es auch die Resultate unserer Studie zeigen. Es handelt sich also in der Regel nicht um Personen, die eine unbehandelte chronifizierte psychische Störung aufweisen. Wer aufgrund psychischer Beschwerden später eine IV-Rente erhält, ist oft schon seit vielen Jahren in Behandlung. Ob diese adäquat erfolgt, lässt sich aufgrund der Dossieranalyse allerdings nicht beantworten. Somit dürfte diese Versichertengruppe weniger mit einer umfassenden Unterversorgung sondern allenfalls mit einer inadäquaten oder Fehlversorgung konfrontiert sein.

In der bereits bestehenden und manchmal weit zurückreichenden Behandlungsgeschichte liegt eine besondere Schwierigkeit für die Betreuung und Steuerung eines Falles durch die IV. Wenn diese ihren Auftrag so versteht, dass sie mit dem Zielhorizont des Integrationserfolges bis zu einem gewissen Grad auch die Behandlung durch Ärzte und Ärztinnen oder andere Gesundheitsfachpersonen mitbestimmen soll, so muss die IV an häufig bereits etablierte Behandlungsarrangements anknüpfen. Es dürfte also in vielen Fällen weniger darum gehen, quasi «von Null auf» das passende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebot zu suchen, sondern vielmehr ausgehend von bestehenden Arrangements ergänzende Angebote zu bestimmen und den Behandlungsverlauf zu dokumentieren.

Dies stellt erhebliche Anforderungen sowohl an die fachlichen Kompetenzen der Fallverantwortlichen der IV in den Bereichen Psychiatrie/Psychotherapie als auch an die Qualität der Zusammenarbeit zwischen IV und Behandlern. Es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit IV-Stellen bei der Behandlung von Versicherten überhaupt

mitreden sollen und können. Würde man die Frage bejahen, so hätte dies unter anderem Konsequenzen für das Aufgabenspektrum der Fallverantwortlichen, indem sich dieses in Richtung Case-Management entwickeln müsste. Darüber hinaus wäre es auch empfehlenswert, spezifische Richtlinien für die Dokumentation von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen in den Falldossiers zu entwickeln, welche die Bewertung der Wirksamkeit von Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen sowie die Planung weiterführender Interventionen gewährleisten.

Studie:

Rüesch, Peter; Bührlen, Bernhard; Altwicker, Szilvia; Juvalta, Sibylle und Silke Träbert, *Die Behandlung von Personen mit psychischen Krankheiten: Bestandsaufnahme der Behandlungssituation vor und während eines Rentenbezugs der Invalidenversicherung*. Machbarkeitsstudie: Schlussbericht, [Bern] 2013: www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Publikationen → Studien, Gutachten

Prof. Dr. phil. Peter Rüesch, Leiter Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW
E-Mail: rech@zhaw.ch

Dr. rer. pol. Szilvia Altwicker-Hàmori, wissenschaftliche Mitarbeiterin Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW
E-Mail: altw@zhaw.ch

Dr. phil. Bernhard Bührlen, Abteilung Evaluation und Forensisch-Psychiatrische Klinik, UPK Basel
E-Mail: bernhard.buehrlen@upkbs.ch

Sibylle Juvalta, MSc Public Health, wissenschaftliche Assistentin Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW
E-Mail: sibylle.juvalta@zhaw.ch

Dr. Silke Träbert, Psychologin, Forensisch-Psychiatrische Klinik, UPK Basel
E-Mail: silke.traebert@upkbs.ch