

CHRONISCH KRANK SEIN IN DEUTSCHLAND

ZAHLEN, FAKTEN UND VERSORGUNGSERFAHRUNGEN



Robert Bosch
Stiftung

Institut für
Allgemein-
medizin

Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main



VORWORT

Chronisch krank sein in Deutschland - Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen

Seit vielen Jahren leistet die Robert Bosch Stiftung Beiträge, die Gesundheitsversorgung zum Wohle der Patienten zukunftsfähig zu gestalten. Die Menschen in Deutschland sollen weiterhin Zugang zu einer qualitativ hochwertigen, innovationsoffenen und den Menschen zugewandten Gesundheitsversorgung haben. Das ist keine Selbstverständlichkeit – denn der Fachkräftemangel, die Digitalisierung, die Folgen der Urbanisierung oder Fragen zur zukünftigen Finanzierung und der Qualitätssicherung unserer Gesundheitsversorgung stellen das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Wirksame Lösungen können nicht ohne eine differenzierte Auseinandersetzung darüber erfolgen, wer die Patienten jetzt und in Zukunft sind und welche Versorgungsbedarfe sie haben. Nun verweist die Fachwelt wieder und wieder auf den Anstieg von chronischen und Mehrfacherkrankungen. Was jedoch so sehr auf der Hand zu liegen scheint, entgleitet bei näherer Betrachtung dem sicheren Zugriff. Wesentliche Zahlen wie zur Prävalenz von chronischen Krankheiten und Krankheitsgruppen, ihrem Anteil an der gesamten Krankheitslast und an der Sterberate, finden sich häufig nur vereinzelt in verschiedensten Publikationen und sind nur begrenzt vergleichbar. Oft verstellt die zielgerichtete Sicht auf einzelne Krankheiten den Blick auf die gemeinsamen Merkmale von chronischer Erkrankung und erschwert damit eine angemessene Ausrichtung der Versorgung, die multiprofessionell und vorausschauend auf den gesamten Krankheitsverlauf angelegt sein sollte. Auch über die subjektiven Erfahrungen, die Betroffene im Laufe ihrer Gesundheitsversorgung machen, ist in der Breite viel zu wenig bekannt.

Wir freuen uns, dass die nun vorliegende Studie des Frankfurter Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität eine umfassende Einführung und einen kompakten Überblick zu chronischer Erkrankung in Deutschland liefert. Die Ergebnisse der Studie sind hier leicht zugänglich dargestellt, damit sie vor allem auch in der nicht-wissenschaftlichen Fachwelt, bei Entscheidern und im interessierten Laienpublikum Verbreitung finden.

Als Robert Bosch Stiftung erhoffen wir uns, dass sie dazu beiträgt, das Verständnis für die Versorgungsanforderungen chronisch Kranker zu vertiefen und die Gesundheitsversorgung für die nachvollziehbar komplexen Bedarfe angemessen zu gestalten. Aus den Erfahrungen der Betroffenen wird deutlich, dass brüchige Versorgungsketten und mangelnde Informationen rasch in das Gefühl der Überforderung münden und der Stabilisierung der Erkrankung schaden. Zugewandte Kommunikation, Zeit und gutes Ineinandergreifen der Angebote vermitteln die Sicherheit, die Menschen brauchen, um ihren Teil zu hilfreicher Therapie und Unterstützung beitragen und mit Krankheit dennoch gut leben zu können.

Unser Dank gilt dem Frankfurter Forschungsteam: Dr. Corina GÜthlin, Dr. Juliana Petersen, Mirjam Dieckelmann, Dr. Susanne Köhler und Prof. Dr. Ferdinand Gerlach sowie Prof. Dr. Andrea Siebenhofer.



Robert Bosch Stiftung
Frühjahr 2020

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 2

Chronisch krank sein in Deutschland - Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen 2

Inhaltsverzeichnis 4

Einführung 6

Hinweise zum Drucken, Lesen und Vorlesen-Lassen dieses Berichts 8

CHRONISCHE KRANKHEITEN: EINE BESTANDSAUFNAHME

Überblick 10

Folgen für Patienten, Gesundheitssystem und Gesellschaft 12

Einige wichtige Zahlen und Informationen 14

Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte 15

Sterblichkeit 17

Lebensqualität und Funktionalität 19

Krankheitslast 23

Krankheitskosten 26

Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung 28

Besonderheiten bei der Behandlung chronisch Kranker 30

Mehrfache chronische Erkrankung – Multimorbidität 30

Strukturierte Behandlung: Disease-Management-Programme und hausarztzentrierte Versorgung 33

CHRONISCHE KRANKHEITEN: VIER BEISPIELE

Krebserkrankungen 36

Überblick 36

Sterblichkeit 37

Akuttherapie 39

Rehabilitation und Nachsorge 40

Palliativversorgung 42

Psychoonkologie 43

Vorsorge und Früherkennung 43

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems 45

Überblick 45

Rückenschmerzen 46

Ursachen unspezifischer

Rückenschmerzen 47

Behandlung und Versorgung bei

Rückenschmerzen 48

Herz-Kreislauf-Erkrankungen 50

Überblick 50

Herzinsuffizienz 53

Herzinsuffizienz in Zahlen 55

Verlauf der Herzinsuffizienz 56

Behandlung und Versorgung bei

Herzinsuffizienz 59

Psychische Erkrankungen 65

Überblick 65

Folgen psychischer Krankheit 68

Behandlung psychisch Erkrankter 69

Depression 74

Depression in Zahlen 74

Verlauf der Depression 75

Behandlung und Versorgung bei

Depression 78

**Was schlechte Versorgung aus
Patientensicht ausmacht 97**

**Versorgung aus Patientensicht: die
wichtigsten Ergebnisse 111**

**Chronische Erkrankungen in
Deutschland – was wir jetzt wissen 112**

Wir danken sehr! 114

Impressum 115

PATIENTENSTIMMEN

Einführung 81

Berührungspunkte mit dem
Gesundheitssystem 82

**Behandlung und Versorgung
aus Patientensicht 84**

**Was gute Versorgung aus Patientensicht
ausmacht 86**

EINFÜHRUNG

Dieser Report zu chronischen Krankheiten entstand auf Anfrage und gefördert durch die Robert Bosch Stiftung, der wir für die Idee und für die finanzielle Unterstützung zu großem Dank verpflichtet sind!

Wir möchten mit diesem Bericht einen laienverständlichen Pfad durch den Dschungel aus Datenquellen, Definitionen und verschiedenen Kennzahlen zu chronischen Krankheiten bahnen und unseren Leserinnen und Lesern im ersten Teil sowohl einen Überblick geben wie auch einzelne, wichtige Gruppen chronischer Krankheiten beleuchten. Dabei gehen wir – wo es zum umfassenden Verständnis einer Krankheit nötig ist – auch auf die Behandlung ein. Wir beschreiben Behandlungsoptionen, geben aber keine Handlungsempfehlungen, wie sie z.B. in medizinischen Leitlinien niedergelegt sind. Eine wichtige Facette von Behandlung ist bei allen chronischen Erkrankungen die Mitarbeit des Patienten, sei es, wenn es um eine mit dem Arzt und dem Versorgungsteam gemeinsam zu treffende Entscheidung geht oder sei es die Beschäftigung mit der eigenen Erkrankung oder selbst durchzuführenden Maßnahmen. Aufgrund der Kürze des Reports wird auf dieses sogenannte Selbstmanagement nur verwiesen, wo es uns wichtig erschien, es sollte aber immer mitgedacht werden.

Im zweiten Teil gehen wir auf subjektive Versorgungserfahrungen näher ein. Wir haben Interviews geführt mit Menschen, die an Herzinsuffizienz erkrankt sind, und mit Menschen, die an Depression erkrankt sind. Dadurch haben wir beispielhaft etwas über Versorgungserfahrungen aus den Bereichen körperlicher und psychischer Erkrankungen erfahren. Mit ‚Versorgungserfahrungen‘ sind Erfahrungen aus Patientensicht gemeint, die rund um das Management und die Behandlung einer chronischen Krankheit bedeutsam sind.

Die Beschäftigung mit chronischen Krankheiten bringt es mit sich, dass wir in diesem Bericht viel über das Kranksein und nicht über Gesundheit sprechen. Wir möchten aber ausdrücklich darauf hinweisen, dass sich manch ein chronisch kranker Mensch durchaus gesund fühlt und auch als gesund bezeichnet werden kann. Wer würde schon einen chronisch erkrankten Freund nach einer überstandenen Erkältung nicht fragen, ob er sich wieder gesund fühle? So ist es auch mit vielen Symptomen einer chronischen Erkrankung; sie können

mehr oder weniger Beeinträchtigungen mit sich bringen und von einer Person mehr oder weniger als Belastung empfunden werden. So schreiben wir in diesem Bericht immer wieder von Personen, Menschen, aber auch von Patienten und Erkrankten. Dies soll die beschriebene Vielfalt verdeutlichen.

Wir gehen im Rahmen des Berichts nicht auf die Prävention chronischer Krankheiten ein, obwohl vielleicht manche unserer Leserinnen und Leser sagen würden, dass man nicht über chronische Erkrankungen sprechen kann, ohne auch über deren Prävention zu sprechen. Es ist unserem Wunsch nach Fokussierung und Kürze geschuldet, dass wir auch hier über Kranksein und nicht über das Verhindern von Krankwerden sprechen.

Die meisten Menschen, über die wir in unserem Bericht sprechen, ordnen sich sicher einem von zwei Geschlechtern zu, manche einem anderen Geschlecht, manche keinem. Unsere Datenauswertungen differenzieren dagegen nur Männer und Frauen, da in der Regel nur diese Daten in wissenschaftlichen Studien zu finden sind.

Wir haben versucht, diesen Bericht für alle Interessierten so lesbar und leicht handhabbar wie möglich zu gestalten. Auf der folgenden Seite finden Sie Hinweise zur Barrierefreiheit und zum Ausdrucken.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß und reiche Erkenntnisse beim Lesen!

Hinweise zum Lesen und Vorlesen-Lassen dieses Berichts

Wenn Sie das **PDF drucken**, wird der hellblaue Hintergrund nicht mitgedruckt. **Den hellblauen Hintergrund** können Sie **optional ausblenden**, wenn Sie den Bericht kontrastreicher lesen möchten. Das geht folgendermaßen:

Öffnen Sie das PDF im Acrobat Reader. Im Hauptfenster in der Randleiste links das Ebenensymbol  anklicken. Durch Doppelklick auf „Chronische_Krankheit_Deutschland“ machen Sie die beiden Dokumentebenen sichtbar. Deaktivieren Sie die Ebene „Hintergrund optional ausblenden“ durch Anklicken. Jetzt können Sie das Dokument ohne Hintergrundfarbe lesen.

Vertiefende Informationen, etwa zur wissenschaftlichen Methode, können Sie über Links an den entsprechenden Textstellen abrufen. Oder sie klicken direkt auf die Anhang-PDFs, die neben diesem Hauptdokument auf unserer Webseite abgelegt sind.

Wir haben versucht, den Bericht auch für Menschen, die nicht oder nicht gut sehen können, zugänglich zu machen.

Zur **Barrierefreiheit** gehört, dass wir Farben vermieden haben, die für farbenblinde Menschen nicht gut zu erkennen sind.

Sie können die Schrift mit der üblichen Tastenkombination **größer stellen**.

Wenn Sie das PDF im Adobe Acrobat Reader öffnen, können Sie sich bei entsprechender Einstellung die **Texte vorlesen lassen**. Dabei werden Textteile ausgelassen, die vornehmlich der optischen Auflockerung und der inhaltlichen Zusammenfassung dienen.

Für die Infografiken sind für Leserinnen und Leser, die nicht gut sehen können, alternativ erklärende Texte (ALT-Texte) verfügbar und im Anhang Tabellen mit den vollständigen und genauen Zahlenwerten.

CHRONISCHE KRANKHEITEN: EINE BESTANDSAUFNAHME



ÜBERBLICK

„Chronisch krank“ – dieser Begriff wird von Ärzten und Patienten ebenso selbstverständlich verwendet wie von den Medien. Überraschenderweise existiert für diese Formulierung aber keine einheitliche Definition, weder auf internationaler noch auf nationaler Ebene. Auch in der Wissenschaft wird der Begriff nicht einheitlich verwendet, Statistiken zu chronischen Krankheiten etwa berücksichtigen oft unterschiedliche Krankheits- oder Patientengruppen und sind deshalb nur schwer vergleichbar.

Eine wichtige Rolle bei der Einstufung einer Krankheit als „chronisch“ im Gegensatz zu „akut“ spielt immer der zeitliche Aspekt. Man sagt etwa, eine Krankheit sei chronisch, wenn sie mindestens ein Jahr andauert. Manchmal wird auch eine andere Mindestdauer zugrunde gelegt, zum Beispiel sechs Monate oder zwei Jahre. Ganz allgemein kann man sagen: Chronische Erkrankungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie lange andauern.

Sehr viele chronische Krankheiten entwickeln sich – kontinuierlich oder schubweise – über einen längeren Zeitraum, manchmal über Jahrzehnte. Zu Beginn verspüren die Patientinnen und Patienten oft keine oder nur leichte Symptome, langfristig können die Krankheitsfolgen aber gravierend sein. Die Betroffenen leiden dann unter bleibenden Störungen von Organ- und Körperfunktionen. Dies schränkt sie im Alltag ein und verschlechtert ihre Lebensqualität mitunter erheblich.

Chronische Krankheiten entwickeln sich oft über Jahre, dauern lebenslang an und können nicht vollständig geheilt werden.

Chronisch kranke Menschen stehen häufig unter ständiger und lebenslanger medizinischer Kontrolle und Behandlung. Ihre Krankheit wird in der Regel nicht vollständig geheilt und begleitet die Betroffenen ihr Leben lang.

Mit wenigen Ausnahmen sind chronische Erkrankungen nicht übertragbar, also nicht ansteckend; es handelt sich nicht um Infektionskrankheiten.

Trotz dieser Gemeinsamkeiten unterscheiden sich chronische Krankheiten erheblich. Zum Ersten sind unterschiedliche Bereiche des Körpers betroffen. Die Palette chronischer Krankheiten reicht von den Gelenken (z. B. Arthrose, Arthritis), dem Herzen (z. B. koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz) und der Lunge (z. B. Asthma, chronisch obstruktive Lungenkrankheit) über verschiedene

Krebserkrankungen hin zu den unterschiedlichsten sogenannten Seltenen Erkrankungen wie Mukoviszidose. Auch Stoffwechselstörungen wie Diabetes sowie psychische Störungen und Demenz sind chronischer Art. Akute Rückenschmerzen etwa können bestehen bleiben und chronisch werden. Man spricht dann von Chronifizierung.

Zum Zweiten sind einzelne chronische Erkrankungen in der Bevölkerung sehr unterschiedlich weit verbreitet. Während unter einer Seltenen Erkrankung höchstens einer von 2000 Menschen leidet, sind andere sehr häufig: Fast jeder fünfte Erwachsene ab 18 Jahren in Deutschland berichtet beispielsweise, dass bei ihm oder ihr eine Arthrose vorliegt, bei Frauen ab 65 Jahren sogar fast jede zweite.

Chronische Krankheiten unterscheiden sich in Bezug auf die betroffenen Organe, die Häufigkeit, den Zeitpunkt des Ausbruchs und den Schweregrad.

Ausgelöst werden chronische Erkrankungen manchmal durch genetische Faktoren – so etwa fast drei Viertel aller Seltenen Erkrankungen –, häufig aber durch ein Wechselspiel von Genen, Umwelt und Lebensstil, das im Einzelnen noch nicht geklärt ist. Mit einem gesunden Lebensstil kann man den Ausbruch einer chronischen Krankheit manchmal hinauszögern und meist die Folgen mildern.

Manche chronischen Erkrankungen treten bereits in der Kindheit auf, wie etwa 70 Prozent der Seltenen Erkrankungen und meistens Typ-1-Diabetes, viele jedoch erst im fortgeschrittenen Erwachsenenalter. Dies trifft insbesondere für Herz-Kreislauf-, Muskel-Skelett- und Krebserkrankungen zu.

Auch der Schweregrad hat einen wesentlichen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen. Leichte und schwere Fälle von Multipler Sklerose oder Diabetes unterscheiden sich beispielsweise wesentlich im Hinblick auf Symptome und Folgen.

FOLGEN FÜR PATIENTEN, GESUNDHEITSSYSTEM UND GESELLSCHAFT

Die Frage, was eine chronische Krankheit „bedeutsam“ macht, ist sehr komplex und nicht so einfach zu beantworten. Schaut man auf die Anzahl an Erkrankten oder die der Todesfälle? Wie bewertet man die Belastung für den einzelnen Patienten und seine Angehörigen? Blickt man vor allem darauf, welche ärztlichen und anderen Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden? Oder interessieren in erster Linie die Kosten, die eine chronische Erkrankung verursacht? Alle diese Aspekte spielen eine wichtige Rolle, wenn wir über Bedeutung und Folgen chronischer Erkrankungen in unserer heutigen Welt sprechen.

Die Bedeutung einer Krankheit hängt immer von der gewählten Perspektive ab. Die roten Kreise in der Abbildung auf der nächsten Seite stehen für die unterschiedlichen Blickwinkel.

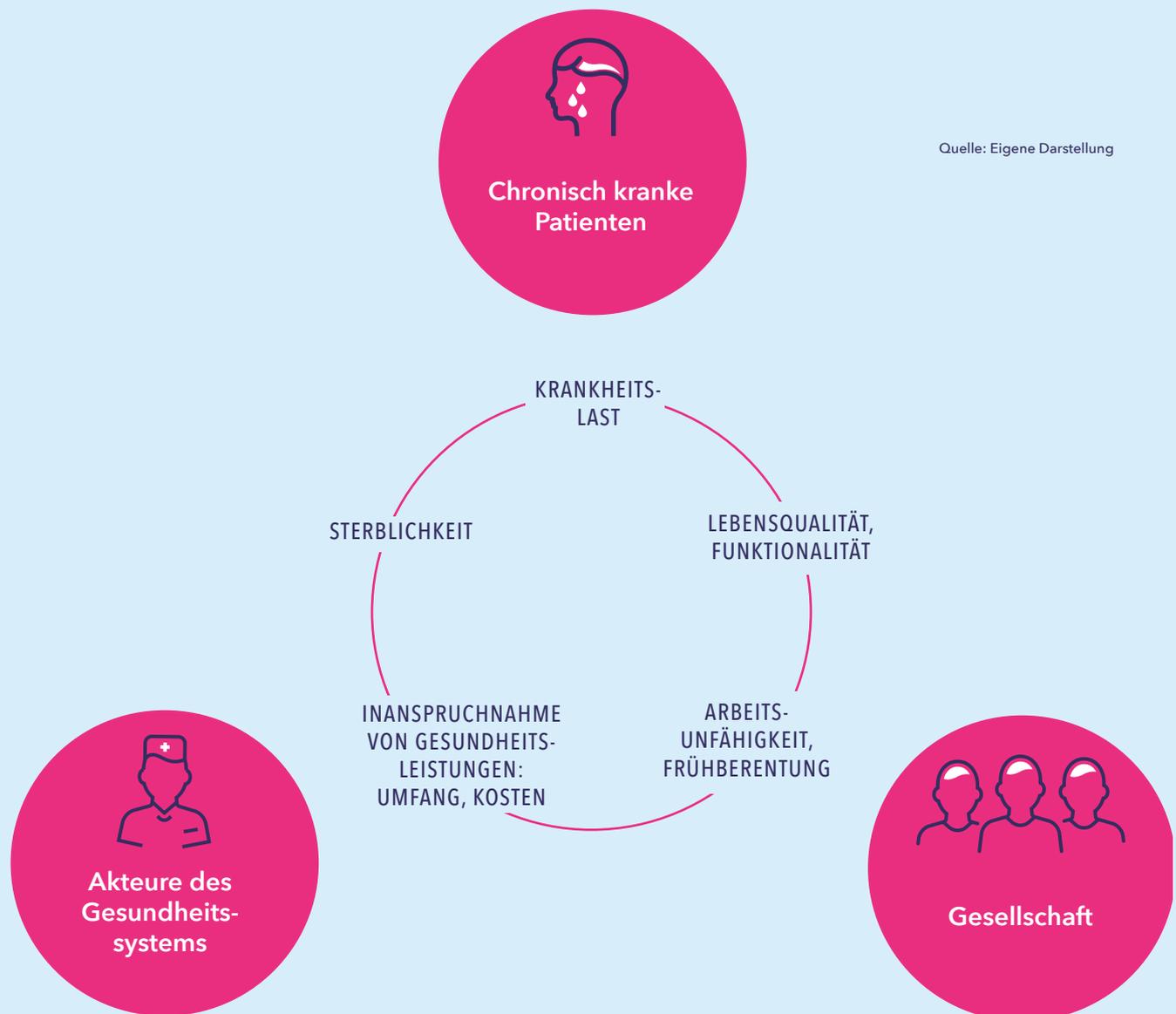
Für Patienten und Patientinnen bedeutet chronisches Kranksein, unter gesundheitlichen Einschränkungen zu leiden, oftmals verbunden mit Schmerzen. Darüber hinaus müssen sie regelmäßig Arztbesuche und Therapien im Alltag einplanen und Medikamente einnehmen. Nicht selten kommt es zudem zu Krankenhausaufenthalten. Behandlungen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation können erforderlich sein und in gravierenden Fällen ambulante oder stationäre Pflege. Diese Belastungen können zu einer Beeinträchtigung im Alltag führen und die Lebensqualität chronisch Kranker mindern. Etliche chronische Krankheiten wirken sich auch auf die Lebensdauer der Betroffenen aus: Manche sterben an ihrer Krankheit früher als aufgrund der durchschnittlichen Lebenserwartung anzunehmen ist.

Aus Sicht der Akteure des Gesundheitssystems (Krankenkassen, Krankenhäuser, Rehakliniken, Pflegeheime, Ärzteschaft, Pflegepersonal und andere Berufsgruppen) ist insbesondere von Bedeutung, in welchem Ausmaß Gesundheitsleistungen nachgefragt werden und für die hohe Zahl an chronisch Kranken erbracht werden müssen.

Auf die Perspektive kommt es an: Für die Patienten sind andere Aspekte einer chronischen Erkrankung von Bedeutung als für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft.

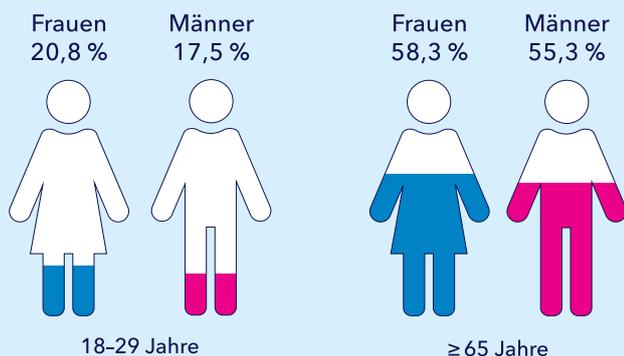
Aus gesellschaftlicher Sicht ist von Interesse, wie häufig bestimmte chronische Krankheiten auftreten. Immerhin steigt damit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit oder vorzeitigen Rentenbezug. Beides hat wirtschaftliche und soziale Folgen.

FOLGEN CHRONISCHER ERKRANKUNGEN - verschiedene Perspektiven



EINIGE WICHTIGE ZAHLEN UND INFORMATIONEN

CHRONISCH ERKRANKTE in verschiedenen Bevölkerungsgruppen



Quelle: Robert Koch-Institut 2014

REPRÄSENTATIVE BEFRAGUNGEN DES ROBERT KOCH-INSTITUTS

Das Robert Koch-Institut führt regelmäßig repräsentative Befragungen zu chronischen Erkrankungen in Deutschland durch. Es ermittelt daraus den Anteil der chronisch Erkrankten bei bestimmten Bevölkerungsgruppen zu einem Zeitpunkt oder in einem Zeitraum wie zum Beispiel zwölf Monaten. Diese bestimmten Anteile nennt man auch „Prävalenzen“.

Ermittelt wird die Häufigkeit von chronischen Erkrankungen mit folgender Frage: „Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Erkrankungen? Hinweis: Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen, die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z. B. Diabetes oder Herzerkrankungen“.

Insgesamt bezeichnen sich etwa 43 Prozent der Frauen und 38 Prozent der Männer als chronisch krank. Die Häufigkeit steigt deutlich mit zunehmendem Alter: Bei den unter 30-Jährigen fühlt sich etwa jeder Fünfte betroffen, bei den ab 65-Jährigen erheblich mehr als jeder Zweite. In den mittleren Altersgruppen zeigt sich außerdem ein Einfluss des Bildungsniveaus: Chronische Krankheiten treten in unteren Bildungsgruppen häufiger auf.

Regionale Unterschiede bei den Ergebnissen beruhen zum Teil auf Unterschieden in der Alters- und Sozialstruktur der jeweiligen Bevölkerung.

Was für chronische Krankheiten insgesamt zutrifft, lässt sich auch für zahlreiche Einzelkrankheiten feststellen: Frauen und Männer sind in unterschiedlichem Ausmaß betroffen, und das Krankheitsrisiko erhöht sich deutlich mit zunehmendem Alter. Häufigkeitsunterschiede aufgrund sozialer und regionaler Faktoren sind ebenfalls nachweisbar.

Die Häufigkeiten einzelner chronischer Krankheiten unterscheiden sich enorm: Sie reichen von einzelnen bis wenige Tausend Fälle in ganz Deutschland bei den Seltenen Erkrankungen über etwa acht Prozent der erwachsenen Bevölkerung bei Diabetes bis hin zum Spitzenreiter Bluthochdruck, den fast ein Drittel aller Erwachsenen aufweisen.

Einzelne Seltene Erkrankungen betreffen relativ wenige Menschen. Da aber ca. 7000-8000 Krankheiten als selten eingestuft werden, schätzt man deren Prävalenz insgesamt auf mindestens 4-6 Prozent der Gesamtbevölkerung.

Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte

Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens nehmen eine Spitzenstellung bei den Behandlungsprävalenzen ein: 32 Prozent aller Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) erhielten während des Versicherungsjahres 2016 eine solche Diagnose, sei es in der ärztlichen Praxis oder im Krankenhaus. Bei den über 60-Jährigen werden diese Beschwerden sogar bei 46 Prozent der Versicherten diagnostiziert. Sehr häufig gestellte Diagnosen sind ferner Bluthochdruck mit 27 Prozent und Gelenkerkrankungen mit 26 Prozent. Die Häufigkeit dieser Diagnosen steigt ebenfalls im Alter stark an: Bluthochdruck betrifft etwa zwei Drittel aller über 60-Jährigen, und Gelenkerkrankungen wie Arthrose liegen in dieser Altersgruppe bei etwa der Hälfte aller Versicherten vor.

Die häufigste chronische Erkrankung ist der Bluthochdruck.

BEHANDLUNGSPRÄVALENZEN

Wie viele Patienten bei niedergelassenen Ärzten oder im Krankenhaus innerhalb eines Jahres wegen einer chronischen Krankheit in Behandlung sind, lässt sich aus sogenannten Behandlungsprävalenzen ermitteln. Dies sind Statistiken aus Krankenkassendaten, die zeigen, wie viele Versicherte innerhalb eines Jahres welche Diagnose erhalten haben.

Anders ausgedrückt zeichnen Behandlungsprävalenzen ein sehr gutes Bild von der aktuellen Inanspruchnahme ärztlicher Gesundheitsleistungen, auch wenn Daten einzelner gesetzlicher Krankenkassen nicht exakt die bundesdeutsche Bevölkerung repräsentieren. Diese Diagnosen geben Hinweise auf die Behandlung von bereits als chronisch zu bezeichnenden Krankheiten, enthalten aber auch solche, die man als „potenziell chronisch“ bezeichnen muss.

HÄUFIGE BEHANDLUNGSPRÄVALENZEN

AOK-Patienten, 2016

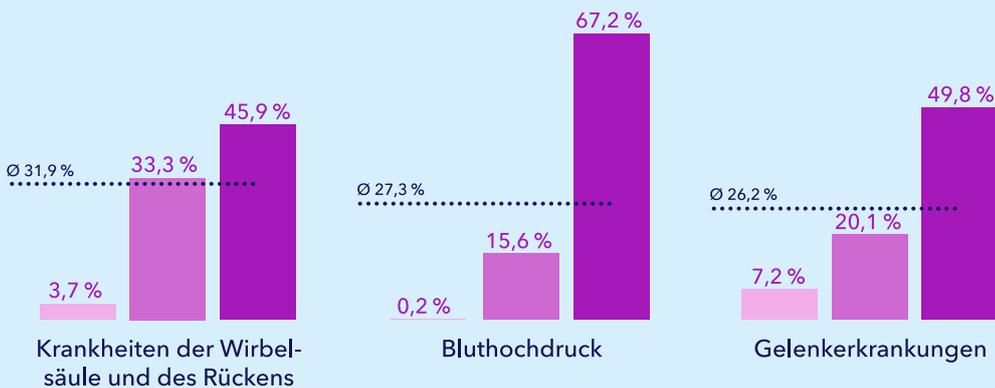
Altersgruppe:

..... Gesamt (alle Altersgruppen)

● Kinder und Jugendliche (1-17 Jahre)

● Erwachsene (18-59 Jahre)

● Erwachsene (≥ 60 Jahre)



Quelle: Günster 2019

Chronische Krankheiten führen nicht selten zu einem Krankenhausaufenthalt – eine besondere Belastung für die Betroffenen. Mit Abstand häufigster stationärer Behandlungsanlass ist dabei die Herzinsuffizienz. Weitere chronische Krankheiten, die oft stationär behandelt werden müssen, sind Suchterkrankungen, unter anderem die Alkoholabhängigkeit, sowie Schlaganfall durch Gefäßverschluss (Hirnfarkt) und Rückenschmerzen. Auch im Vorfeld chronischer Krankheiten sind häufig bereits Krankenhausaufenthalte erforderlich, insbesondere bei Schmerzen im Brustbereich (Angina pectoris) – ein frühes Symptom bei koronarer Herzkrankheit – und bei Bluthochdruck, der einen Risikofaktor für chronische Herz- und Gefäßerkrankungen darstellt.

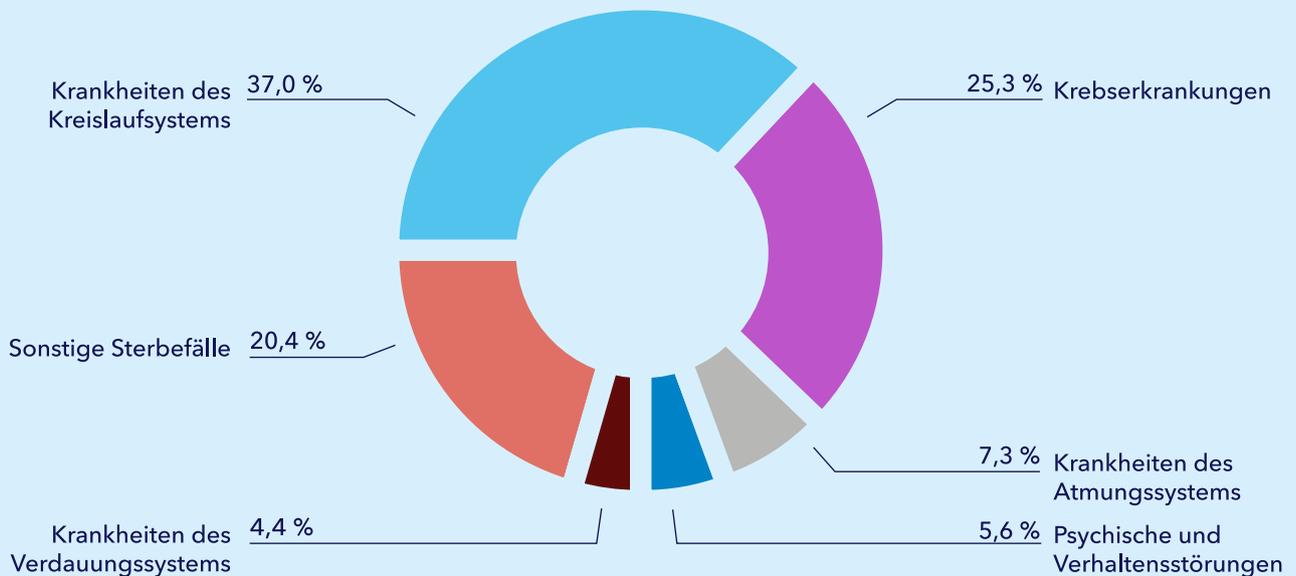
Etwa ein Drittel der gesetzlich Krankenversicherten benötigt innerhalb eines Jahres eine ärztliche Behandlung wegen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens.

Sterblichkeit

Fast zwei Drittel aller Todesfälle in Deutschland sind derzeit auf Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen zurückzuführen. In diese beiden Krankheitsgruppen fällt nach dem „Internationalen statistischen Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD) eine Vielzahl von bedeutenden chronischen Diagnosen. Im ICD-System werden verwandte Krankheiten in Krankheits- bzw. Diagnosegruppen zusammengefasst, und jede medizinische Diagnose wird mit einem Kürzel, dem ICD-Code, verschlüsselt.

Betrachtet man die häufigsten Todesursachen in Deutschland in Form von Einzeldiagnosen, so überwiegen bei beiden Geschlechtern chronische Krankheiten. Mit weitem Abstand führt die koronare Herzkrankheit die Todesursachenstatistik an. Dabei kommt es zu einem Sauerstoffmangel des Herzmuskels aufgrund einer Verengung der Herzkranzgefäße (Koronargefäße). Das Spektrum der nachfolgenden Krankheiten variiert je nach Geschlecht.

STERBEFÄLLE nach Krankheitsgruppen 2017



Sterbefälle insgesamt: 932 272

Quelle:
Eigene Berechnungen unter
Zuhilfenahme von GBE 2017a

Vorzeitig (d.h. nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes im Alter von weniger als 70 Jahren) sterben Menschen aufgrund von Krebserkrankungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und Unfällen (einschließlich Suizid) am häufigsten.

HÄUFIGSTE TODESURSACHEN

Deutschland 2015

♀ FRAUEN

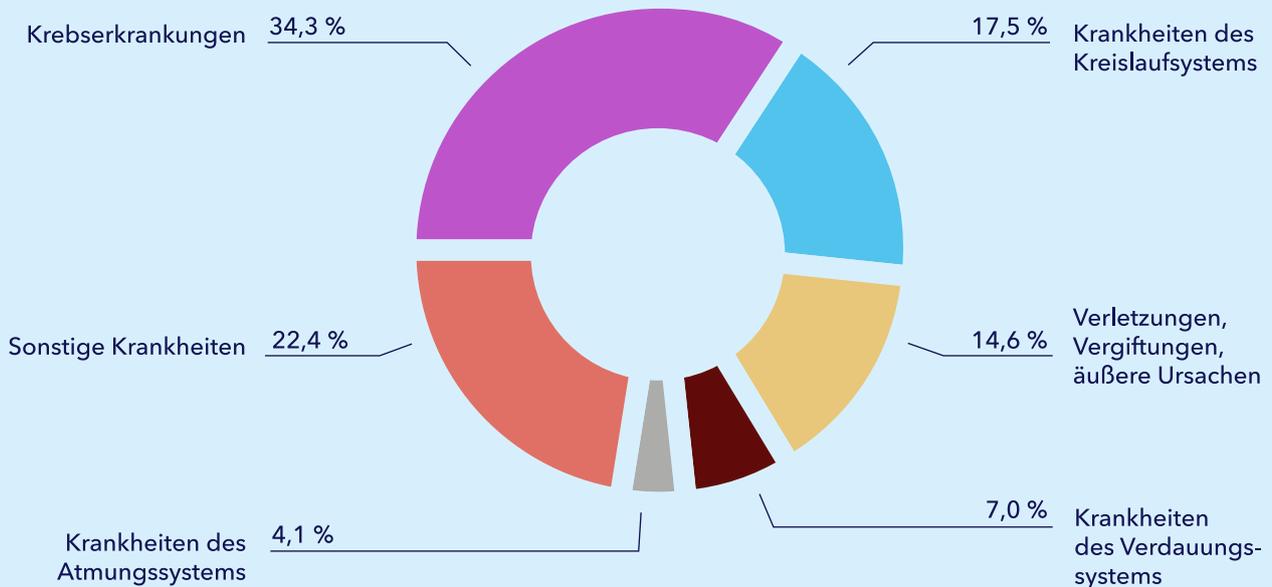
♂ MÄNNER

1	 Koronare Herzkrankheit	 Koronare Herzkrankheit
2	 Herzinsuffizienz	 Lungenkrebs
3	 Demenz	 Herzinfarkt
4	 Herzinfarkt	 Herzinsuffizienz
5	 Brustkrebs	 COPD

Quelle: SBA 2017

VORZEITIGE STERBLICHKEIT

nach Krankheitsgruppen 2017



Verlorene Lebensjahre durch Tod unter 70 Jahren insgesamt: 2,24 Mio.

Quelle: Eigene Berechnungen unter Zuhilfenahme von GBE 2017b

Lebensqualität und Funktionalität

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert in ihrer Verfassung Gesundheit nicht nur als die Abwesenheit von körperlicher Krankheit oder Gebrechlichkeit, sondern darüber hinaus als vollständiges psychisches und soziales Wohlbefinden.

Wie bereits bei der Begriffsbestimmung von chronischer Krankheit festgestellt, sind chronisch kranke Menschen dauerhaft „nicht gesund“. Auch bei eigentlich körperlichen Erkrankungen können dabei psychische Probleme und Beeinträchtigungen des sozialen Lebens infolge der Krankheit hinzukommen.

Lebensqualität und Gesundheit hängen eng zusammen, doch Lebensqualität schließt mehr ein als pure Gesundheit. Man meint damit die von einer Person erlebte Einheit aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen. Damit ist deutlich mehr eingeschlossen als lediglich Aussagen zum individuellen Gesundheitszustand. Meist werden diese Aussagen in Form von Fragebögen zusammengefasst, so wird Lebensqualität wissenschaftlich messbar. Mit diesen Fragebögen kann auch die Lebensqualität von verschiedenen Personen mit unterschiedlichen Krankheiten verglichen werden.

Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit (WHO).

Vergleicht man die negativen Folgen für die Lebensqualität nach Krankheitsgruppen, sind folgende Gruppen als besonders problematisch anzusehen: Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts, Krankheiten der Hirngefäße wie Schlaganfall und neurologischen Ursprungs, der Nieren sowie des Muskel-Skelett-Apparats. Dabei sinken in den meisten Krankheitsgruppen alle Dimensionen von Lebensqualität. Die Verluste pro Dimension treten aber je nach Krankheitsgruppe in unterschiedlichem Ausmaß auf, das heißt, die Lebensqualität verschiedener Krankheitsgruppen variiert stark. Beispielsweise berichten Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen der Hirngefäße und neurologischen Krankheitsbildern nur in geringem Ausmaß über Schmerzen, sind aber in höchstem Ausmaß sozial und psychisch beeinträchtigt. Dagegen führen Muskel-Skelett-Erkrankungen zu großen Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionsfähigkeit und erheblichen Schmerzen. Am kritischsten ist der allgemeine gesundheitliche Zustand bei Patienten mit Nierenerkrankungen. Besonders hebt sich das Profil psychisch Kranker von dem anderer Patientengruppen ab, mit starken

Lebensqualität meint mehr als körperliche Gesundheit.

Einschränkungen bei Vitalität und psychischer Funktionalität, aber guter körperlicher Funktionsfähigkeit.

Betrachtet man weit verbreitete chronische Krankheiten (Allergien, Arthritis, Bluthochdruck, chronische obstruktive Lungenkrankheit, Diabetes, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit), zeichnen sich Arthritis, chronische obstruktive Lungenkrankheit und Herzinsuffizienz durch einen besonders hohen Gesamtverlust an gesundheitsbezogener Lebensqualität aus, Bluthochdruck und Allergien durch einen eher geringen. Die koronare Herzkrankheit wirkt sich vorwiegend auf die körperliche Funktionalität, Diabetes auf den allgemeinen Gesundheitszustand und Arthritis auf das Ausmaß körperlicher Schmerzen aus.

Unter den chronischen Krankheiten, die in der älteren Bevölkerung besonders verbreitet sind, wie Diabetes, chronische Bronchitis, Bluthochdruck, Herzprobleme (Bypass-Operation, Herzinfarkt), Schlaganfall und Krebs, haben Schlaganfall und chronische Bronchitis den negativsten Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Studien zeigen außerdem, dass die Lebensqualität mit steigender Zahl der Erkrankungen abnimmt. Dabei ist die körperliche Gesundheit meist stärker beeinträchtigt als die psychische. Die Verschlechterung der Lebensqualität durch mehrere chronische Erkrankungen (Multimorbidität) ist bei jüngeren Patientengruppen ausgeprägter als bei älteren und bei Frauen deutlicher als bei Männern. Außerdem sinkt die Lebensqualität mit zunehmendem Schweregrad der Krankheiten.

Die körperlichen, seelischen und sozialen Beeinträchtigungen variieren je nach Krankheitsgruppe und nehmen bei Multimorbidität zu.

Schließlich beeinflussen bestimmte Krankheitskombinationen die Lebensqualität besonders negativ. Bei älteren Patienten wirkt sich eine Mischung von koronaren Ereignissen (Bypass-Operation, Herzinfarkt) und Diabetes oder Schlaganfall fatal aus. Sowohl bei einer Kombination von Diabetes mit koronaren Ereignissen als auch von koronaren Ereignissen mit Schlaganfall verringert sich die Lebensqualität deutlich stärker, als aufgrund der Einzeldiagnosen zu erwarten wäre.

Krankheiten werden traditionell nach Diagnosen und Symptomen klassifiziert. Allerdings lässt sich ein Gesundheitsproblem durch eine Diagnose allein oftmals nicht hinreichend beschreiben, und mit einer bestimmten Diagnose lässt sich auch die Funktionsfähigkeit im Alltag nicht genau vorhersagen.

Um das Ausmaß von gesundheitlichen Einschränkungen möglichst exakt zu erfassen, entwickelte die WHO die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF). Grundlage dieses Schemas ist ein bio-psycho-soziales Modell, das sowohl körperliche als auch psychische und soziale Faktoren berücksichtigt. Dabei wird jedes Gesundheitsproblem als Wechselwirkung verschiedener Komponenten angesehen. Dieses Modell geht also noch über das Konzept der Lebensqualität hinaus.

Bei Multimorbidität verschlechtert sich mit zunehmender Zahl von Erkrankungen vor allem die körperliche Gesundheit. Koronare Ereignisse in Verbindung mit Diabetes oder Schlaganfall verringern die Lebensqualität am stärksten.

Die funktionale Gesundheit einer Person hängt nach diesem bio-psycho-sozialen Modell von folgenden Faktoren ab:

- Vom Zustand der Körperfunktionen einschließlich der Psyche und vom Zustand der Körperstrukturen, das heißt dem Zustand der Organe und Gliedmaßen.
- In welchem Ausmaß Aktivitäten und soziale Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen möglich sind, das heißt wie eingeschränkt beispielsweise die berufliche Tätigkeit, die Selbstversorgung, die Kommunikation oder die Mobilität ist.
- Von Kontextfaktoren der funktionalen Gesundheit. Betrachtet werden dabei die unterschiedlichsten Umweltfaktoren wie Hilfsmittel, Beziehungen und sogar Einstellungen. Dabei können Barrieren vorliegen wie fehlende Teilzeit-Arbeitsplätze oder Förderfaktoren wie unterstützende Angehörige. Personenbezogene Kontextfaktoren wie Alter, Geschlecht, sozialer Status und die Persönlichkeit eines Menschen spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.

Dieses theoretische Konzept wird auch in der Praxis angewendet, beispielsweise bei der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Vertragsärzte. So werden etwa bei der Verordnung die Krankheitsauswirkungen und Kontextfaktoren berücksichtigt, aus denen sich individuelle Behandlungsziele ergeben. Die stärkere Einbeziehung von ICF-Prinzipien bietet außerdem eine große Chance für ein besseres Behandlungsmanagement in der Klinik. Gerade bei älteren Patienten spielen neben dem körperlichen Zustand auch die Bereiche „Aktivitäten“, „Partizipation“ sowie das persönliche Umfeld eine wichtige Rolle im

Nach dem bio-psycho-sozialen Modell muss man körperliche, psychische und soziale Faktoren berücksichtigen, wenn man gesundheitliche Einschränkungen misst.

Krankheitsgeschehen. Idealerweise werden diese Faktoren sowohl bei der Erhebung des Gesundheitszustands als auch bei der Formulierung von Behandlungszielen und schließlich bei der Dokumentation berücksichtigt.

FALLBEISPIEL ZUM BIO-PSYCHO-SOZIALEN MODELL

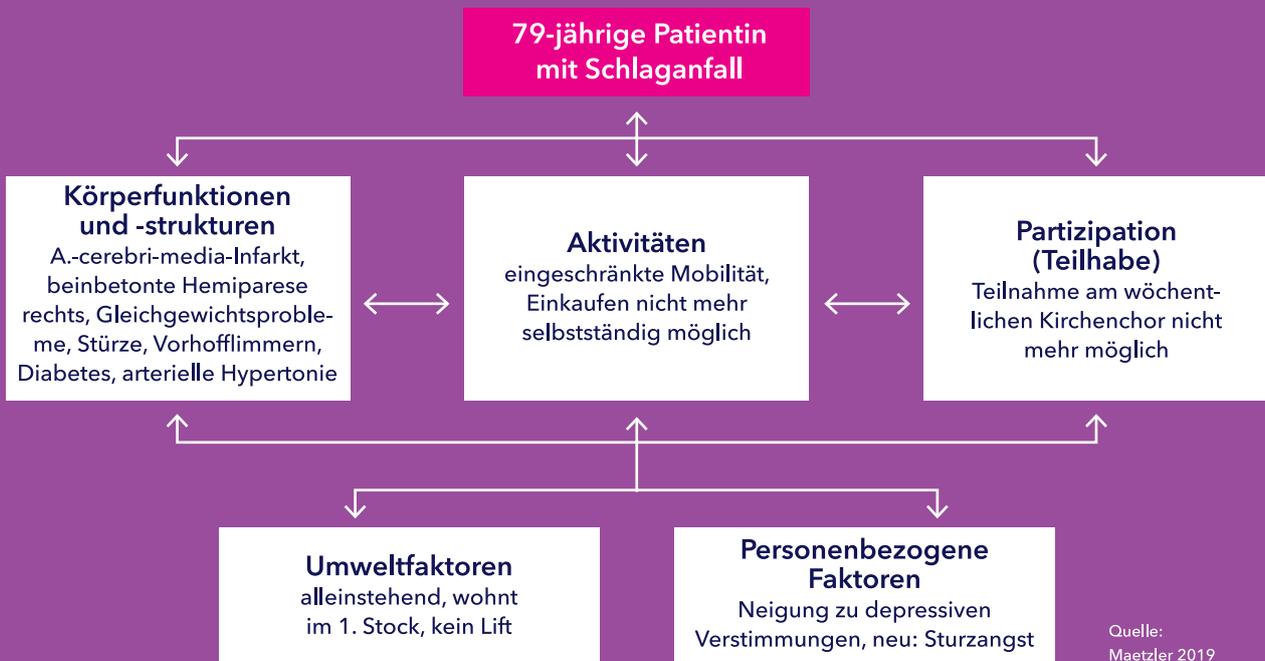
79-jährige Patientin mit Schlaganfall

Durch den Schlaganfall ist die Mobilität der Patientin eingeschränkt. Dadurch kann sie sich nicht mehr wie früher selbst versorgen, also zum Beispiel einkaufen gehen (eingeschränkte Aktivität). Auch ihre soziale Teilhabe leidet, da die Teilnahme am wöchentlichen Kirchenchor nicht mehr möglich ist, was ihre Stimmung stark beeinträchtigt.

Behandlungsziele in Bezug auf den Faktor „Aktivitäten“ bis zum Ende der stationären Behand-

lung könnten wie folgt lauten: 1. Die Patientin geht mit Rollator eine Strecke von 50 Metern sicher außer Haus. 2. Sie steigt ca. 15 Stufen am Gelände ohne fremde Hilfe.

Ein Behandlungsziel in Bezug auf den Faktor „Partizipation“ könnte sein, ihr Hilfe für ihre regelmäßigen Kirchenchortreffen zu organisieren. In diesem Fall könnte die Tochter der Patientin dies übernehmen, die somit als positiver „Umweltfaktor“ zu bewerten ist.



Krankheitslast

Während Lebensqualität und Funktionalität auf individueller Ebene Auskunft über gesundheitliche Einschränkungen durch Krankheiten geben, kann man auf gesellschaftlicher Ebene Aussagen zur sogenannten Krankheitslast treffen. Dazu analysiert man die Sterblichkeit der Bevölkerung und das Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkungen aufgrund von Krankheiten innerhalb eines Landes oder einer Region.

Für dieses Maß kombiniert man die aufgrund von vorzeitigem Tod verlorenen Lebensjahre und die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen verlorenen gesunden Lebensjahre.

Betrachtet man die verschiedenen Krankheitsgruppen, so verursachen in Deutschland Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen die höchste und zusammen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen etwa die Hälfte der gesamten Krankheitslast. Auch psychische Störungen und Krankheiten des Nervensystems sind für eine große Zahl von verlorenen gesunden Lebensjahren verantwortlich.

Differenziert man nicht nach Krankheitsgruppen, sondern nach einzelnen Krankheiten, stehen bei beiden Geschlechtern die koronare Herzkrankheit und Rückenschmerzen an oberster Stelle, zwei Krankheiten mit sehr unterschiedlichem Verlauf.

VERLORENE GESUNDE LEBENSJAHRE



GLOBAL-BURDEN-OF-DISEASE-STUDIE

Diese Studie vergleicht Regionen und stellt die Entwicklung der Krankheitslast eines Landes im Zeitablauf dar. Diese addiert sich aus verlorenen Lebensjahren aufgrund vorzeitigen Todes und aus verlorenen gesunden Lebensjahren aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen.

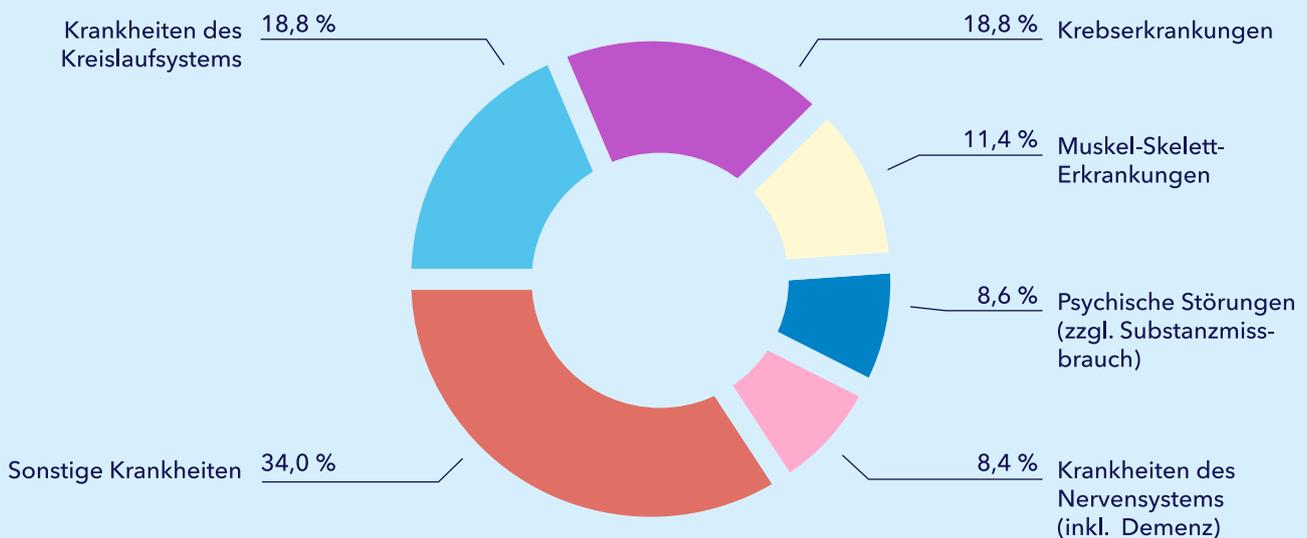
Man berechnet die verlorenen Lebensjahre aufgrund von vorzeitigem Tod, indem man die Summe der Differenzen zwischen dem Todesalter aller Verstorbenen und einem unter idealen

Bedingungen erreichbaren Lebensalter (86 Jahre bei Geburt) bildet.

Die verlorenen gesunden Lebensjahre aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen erhält man wie folgt: Für eine Vielzahl von Krankheiten werden die Differenzen zwischen dem Erkrankungsalter und dem Maximalalter gebildet. Dabei berücksichtigt man jeweils die Krankheitshäufigkeit, das Erkrankungsalter und einen Faktor für die Schwere der Krankheit.

KRANKHEITSLAST

nach Krankheitsgruppen 2017



Verlorene gesunde Lebensjahre insgesamt: 25,68 Mio.

Quelle:
Eigene Berechnungen unter
Zuhilfenahme von IHME 2017c

Aussagekräftig ist aber nicht nur die Krankheitslast, sondern auch das Verhältnis ihrer beiden Komponenten. Bei der koronaren Herzkrankheit dominiert die vorzeitige Sterblichkeit, bei Rückenschmerzen überwiegen die gesundheitlichen Einschränkungen. Die Krankheitslast bei Typ-2-Diabetes wird dagegen von beiden Komponenten bestimmt.

KRANKHEITEN

mit größter Krankheitslast 2017

♀ FRAUEN

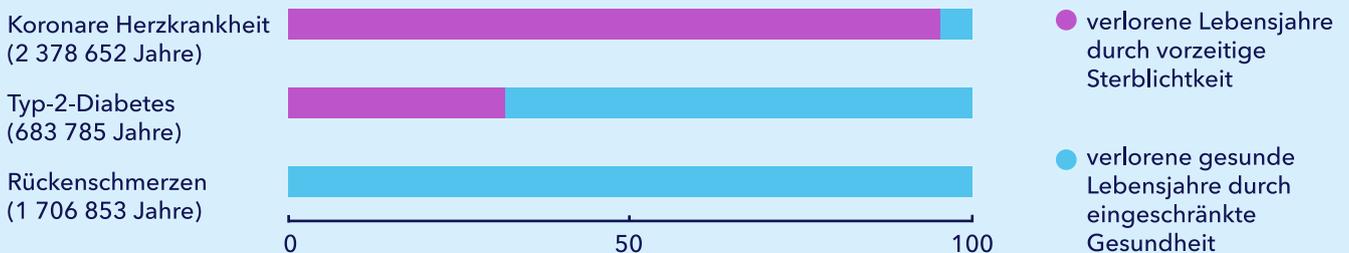
♂ MÄNNER

1	● Rückenschmerzen	● Koronare Herzkrankheit
2	● Koronare Herzkrankheit	● Rückenschmerzen
3	● Alzheimer-Krankheit	● Lungenkrebs
4	● COPD	● COPD
5	● Brustkrebs	● Typ-2-Diabetes

Quelle: IHME 2017b

VORZEITIGE STERBLICHKEIT UND EINGESCHRÄNKTE GESUNDHEIT

Beispiele 2017



Quelle:
Eigene Berechnungen unter
Zuhilfenahme des IHME 2017c

Krankheitskosten

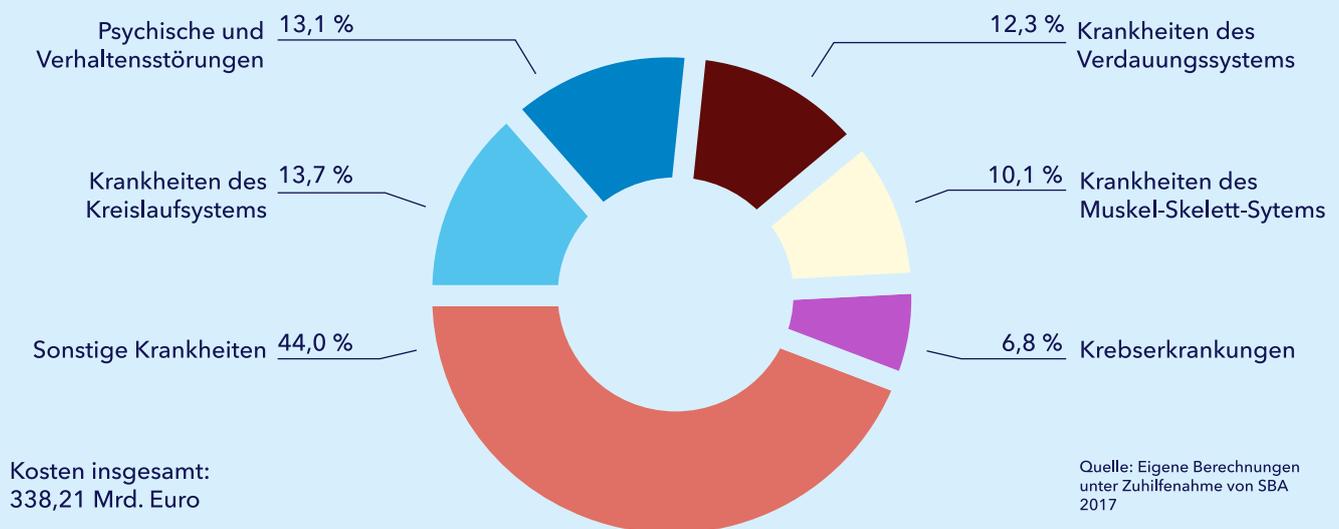
Durch chronische Erkrankungen entstehen direkte und indirekte Krankheitskosten. Unter die direkten Krankheitskosten fallen alle Gesundheitsausgaben infolge einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme. Bei den indirekten Krankheitskosten handelt es sich um volkswirtschaftliche Verluste, die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigen Tod der erwerbstätigen Bevölkerung entstehen.

Allerdings ist die Aussagekraft dieser Statistiken begrenzt: Dort werden nur laufende Gesundheitsausgaben angeführt, nicht jedoch Investitionen wie der Bau von Krankenhäusern. Ebenso fehlen nichtmedizinische Leistungen wie private Arztfahrten oder die unentgeltliche Pflege durch Angehörige.

Etwa die Hälfte aller direkten Krankheitsausgaben entsteht in Deutschland durch Krankheiten des Kreislauf-, des Verdauungs- und des Muskel-Skelett-Systems sowie durch psychische und Verhaltensstörungen (Demenz und Depression). Bei den Krankheiten des Verdauungssystems verursachen Zahnprobleme (Karies und Zahnverlust) hohe Kosten. „Teuerste“ Einzelkrankheit aus volkswirtschaftlicher Sicht mit 15 Mrd. Euro ist derzeit die Demenz. Auch die vier nachfolgenden Krankheiten mit hohen Ausgaben sind chronischer Art.

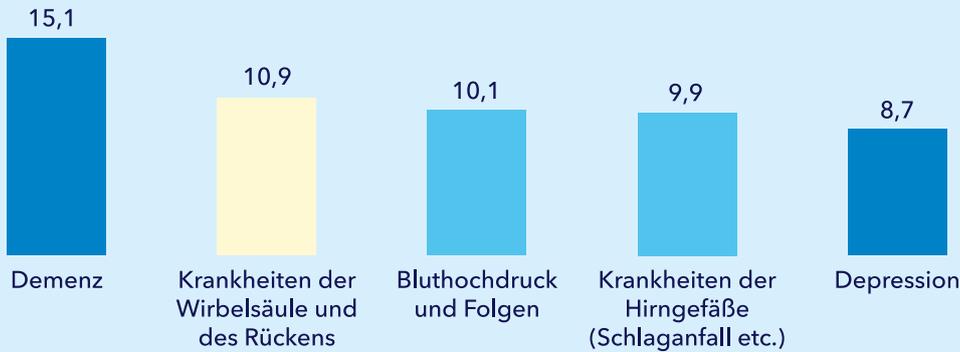
KRANKHEITSKOSTEN

nach Krankheitsgruppen, 2015



KRANKHEITEN MIT DEN HÖCHSTEN KRANKHEITSKOSTEN

2015 (Mrd. Euro)



Quelle: SBA 2017

Eine Reihe schwerwiegender Krankheiten, vorwiegend chronischer Art, verursachen pro Patient weit überdurchschnittliche Ausgaben, für die die gesetzlichen Krankenkassen eine zusätzliche Vergütung im Rahmen des Risikostrukturausgleichs erhalten. Derzeit betrifft dies 80 Diagnosen aus allen Krankheitsgruppen, insbesondere Krebserkrankungen, psychische Störungen (z. B. Demenz, schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch, Schizophrenie, Depression, chronischer Schmerz, Essstörungen) sowie Krankheiten des Nervensystems (z. B. Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Epilepsie, Schlaganfall) und des Kreislaufsystems (z. B. koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Arterienverkalkung, Bluthochdruck).

Chronisch Kranke selbst müssen oft überdurchschnittlich hohe Ausgaben aufgrund von Zuzahlungen für Arzneimittel, für Heil- und Hilfsmittel und für die Pflege bewältigen.

Der Gesetzgeber hat für schwerwiegend chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die gesetzlich krankenversichert sind, daher eine niedrigere Zuzahlungsgrenze als im Normalfall vorgesehen. Dies betrifft alle Patienten, die in ärztlicher Dauerbehandlung sind und darüber hinaus entweder eine erhebliche Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorweisen oder eine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigen, ohne die sich die Krankheit wesentlich verschlimmern würde.

Demenz verursacht die höchsten Krankheitskosten insgesamt.

Dazu kommen Kosten für Produkte oder Leistungen, die benötigt, aber von den Sozialversicherungen nicht übernommen werden und daher selbst bezahlt werden müssen, wie Sehhilfen, Inkontinenzhilfen bei leichten Fällen oder bauliche Maßnahmen, sofern noch keine Pflegestufe vorliegt.

Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung

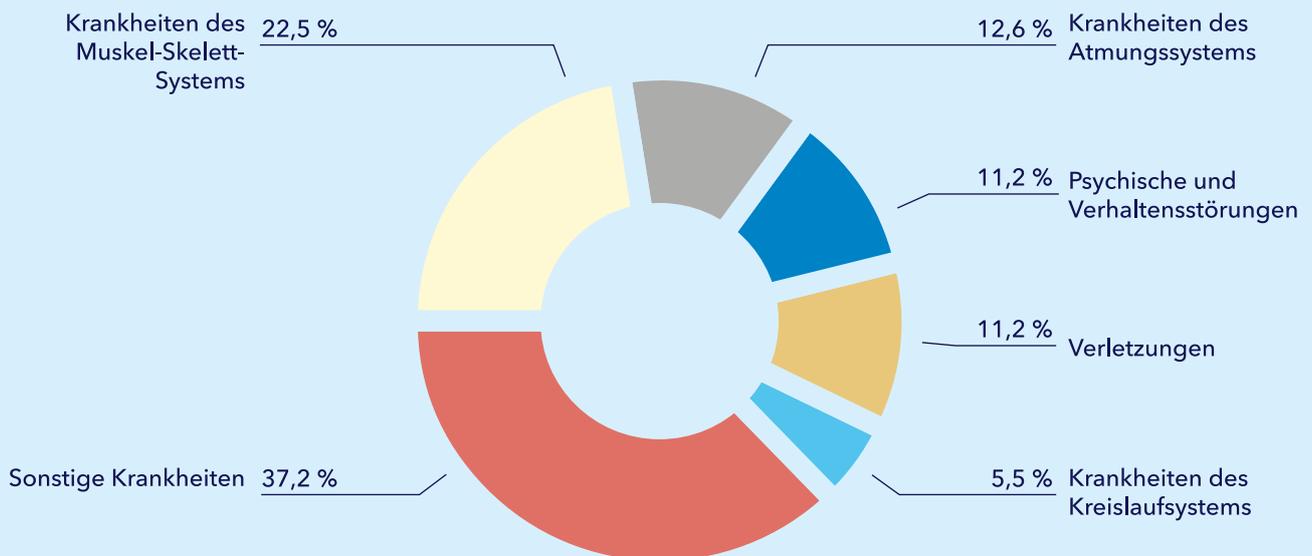
Chronische Krankheiten tragen erheblich zu Arbeitsausfällen bei. Als Ursache von Fehlzeiten dominieren Muskel-Skelett-Erkrankungen. Zusammen mit psychischen Störungen verursachen sie etwa ein Drittel aller krankheitsbedingten Fehltagen (auch Arbeitsunfähigkeitstage oder AU-Tage genannt). Aber auch akute Atemwegserkrankungen sowie Verletzungen spielen eine wichtige Rolle.

Betrachtet man nur die sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Arbeitgeber besonders kritische Langzeit-Arbeitsunfähigkeit mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen, steigt die Bedeutung von Muskel-Skelett- und psychischen Erkrankungen noch an: Krankheiten aus diesen beiden Gruppen verursachen rund 40 Prozent aller Langzeit-Arbeitsunfähigkeitstage.

Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen verursachen ein Drittel der Fehlzeiten und 40 Prozent der Langzeit-Arbeitsunfähigkeit.

ARBEITSUNFÄHIGKEITSTAGE

nach Krankheitsgruppen, AOK-Mitglieder 2017



AU-Tage je 100 AOK-Mitglieder
insgesamt: 1938

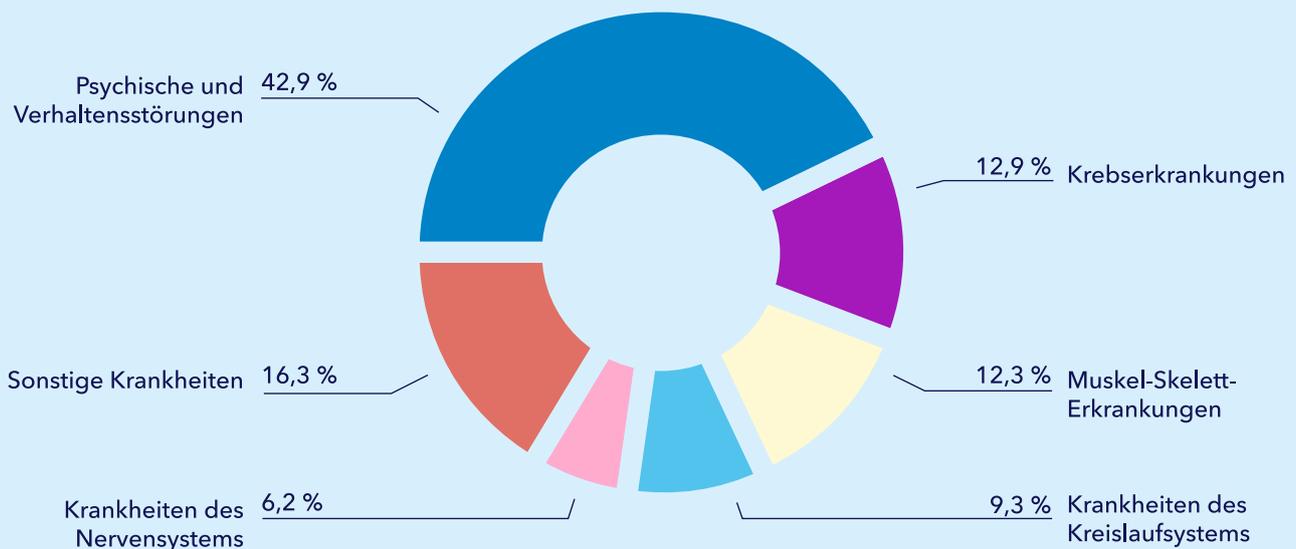
Quelle: Badura 2018

Bei den Ursachen der Frühberentung, das heißt den vorgezogenen Rentenleistungen, fällt vor allem der überaus große Anteil von Erkrankungen psychischen Ursprungs auf. Zwei von fünf vorzeitigen Rentenzugängen sind auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen.

Bei längerer Arbeitsunfähigkeit erhalten gesetzlich Krankenversicherte maximal 1,5 Jahre Krankengeld für dieselbe Krankheit innerhalb von drei Jahren. Dieses beträgt allerdings nur 70 Prozent des regelmäßigen Brutto-Arbeitsentgelts. Wenn Versicherte nur noch wenige Stunden täglich erwerbstätig sein können, wird unter bestimmten Voraussetzungen eine Erwerbsminderungsrente gewährt, die allerdings den Lebensunterhalt in der Regel nicht deckt. 2018 betrug die durchschnittliche Rente wegen voller Erwerbsminderung in Deutschland 812 Euro im Monat. Selbstständige haben keinerlei gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente. Sie müssen entsprechend privat vorsorgen und sind, wenn dies versäumt wurde oder nicht möglich war, im Krankheitsfall nicht selten in ihrer Existenz bedroht.

Psychische Erkrankungen sind die häufigste Ursache für Erwerbsunfähigkeitsrenten.

RENTENZUGÄNGE WEGEN VERMINDERTER ERWERBSFÄHIGKEIT nach Krankheitsgruppen, 2015



Rentenzugänge insgesamt: 172 911

Quelle:
Eigene Berechnungen unter
Zuhilfenahme von GBE 2015

BESONDERHEITEN BEI DER BEHANDLUNG CHRONISCH KRANKER

Mehrfache chronische Erkrankung – Multimorbidität

Chronisch kranke Menschen haben oft nicht nur eine, sondern mehrere Krankheiten gleichzeitig; Mediziner sprechen dann von Multimorbidität.

Je nach Definition – mindestens zwei oder mindestens drei chronische Krankheiten müssen vorliegen – kann das Ausmaß von Multimorbidität erheblich variieren. Generell steigt das Risiko deutlich mit zunehmendem Lebensalter und betrifft in der Gesamtbevölkerung mehr als jeden Fünften (nach einer belgisch-flämischen Studie aus dem Jahr 2015, die ein breites Spektrum von chronischen Krankheiten erfasst). In der Altersgruppe 50-74 Jahre steigt der Anteil auf etwa zwei von fünf Personen, die mehrfach erkrankt sind, in der Altersgruppe ab 75 Jahren liegt er bei drei von fünf. Unabhängig vom Alter liegt der Anteil der betroffenen Frauen über dem der Männer. Die meisten mehrfach erkrankten Personen sind zwischen 50 und 74 Jahre alt.

Frauen sind häufiger mehrfach krank als Männer. Ab 50 Jahren steigt insgesamt das Risiko für Mehrfacherkrankung.

In einer telefonischen Befragung der bundesdeutschen Bevölkerung ab 18 Jahren aus dem Jahr 2009 zu 22 häufigen chronischen Gesundheitsproblemen zeigt sich ebenfalls, dass Prävalenz und Umfang von Multimorbidität bei beiden Geschlechtern mit dem Alter, insbesondere ab 50 Jahren, deutlich zunehmen und dass Frauen in allen Altersgruppen häufiger betroffen sind: Etwa die Hälfte aller Männer und noch etwas mehr Frauen (56 Prozent) im Alter von 50-64 Jahren haben bereits zwei oder mehr chronische Krankheiten. Ab 65 Jahren nimmt zudem der Anteil der Personen mit fünf und mehr Erkrankungen erheblich zu und erreicht bei den über 75-Jährigen Spitzenwerte von rund einem Viertel für Männer und einem Drittel für Frauen. Demenzkranke, Pflegebedürftige und Personen mit eher seltenen chronischen Krankheiten wurden in dieser Erhebung nicht erfasst.

Eine weitere bundesdeutsche Studie bei Älteren zum Auftreten von Multimorbidität, bei der 46 chronische Krankheiten herangezogen wurden, beziffert den Anteil von mehrfach erkrankten Personen (mindestens drei Erkrankungen) in der Altersgruppe ab 65 Jahren auf drei von fünf.

Alter und Geschlecht sind aber nicht die einzigen Einflussfaktoren für Multimorbidität. Auch die genetische Veranlagung, ungünstige sozioökonomische Verhältnisse und ein ungesunder Lebensstil können das Risiko dafür erhöhen.

Einige Krankheiten und Kombinationen von Krankheiten sind bei Multimorbidität besonders häufig anzutreffen, wobei sich aus der Vielzahl der in Studien gefundenen Kombinationen drei Hauptmuster herauskristallisieren: Erstens Kombinationen von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselkrankheiten, die in der Regel Diabetes, Bluthochdruck und Herzerkrankungen beinhalten. Zweitens psychische Störungen, vor allem Depression und Angststörungen, oftmals in Kombination mit körperlichen Erkrankungen. Drittens Muskel-Skelett-Erkrankungen, insbesondere Gelenkerkrankungen, in Verbindung mit unterschiedlichen körperlichen Diagnosen.

Je mehr Krankheiten vorliegen, umso häufiger kommt es zu Krankenhausaufenthalten, Funktionsstörungen und Pflegebedürftigkeit.

Altersunabhängig erhöht sich mit der Zahl der Erkrankungen auch das Risiko für einen Krankenhausaufenthalt. Dieser dauert überdies bei Mehrfacherkrankten oft überdurchschnittlich lang, führt häufiger zu Komplikationen und Wiedereinweisung nach Entlassung sowie zu höherer Sterblichkeit bei Akuterkrankungen. Schließlich steigt nach längerem Aufenthalt das Risiko für dauerhafte Funktionsverluste und Pflegebedürftigkeit.

Je mehr Krankheiten ein Patient oder eine Patientin hat, desto mehr Medikamente und medizinische Behandlungen werden in der Regel verordnet. Während nach Krankenkassenangaben (Barmer) nur jeder zehnte Patient mit zwei chronischen Krankheiten fünf oder mehr verschreibungspflichtige Arzneimittel bzw. Wirkstoffe einnimmt, trifft dies auf sechs von zehn Patienten mit sehr vielen chronischen Krankheiten (fünf oder mehr) zu. Dazu kommen vielfach noch frei verkäufliche Arzneimittel, die Patienten selbst in der Apotheke oder im Drogeriemarkt kaufen.

Damit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Nebenwirkungen, Medikationsfehler und Arzneimittelinteraktionen, die sogar Krankenhausaufenthalte nach sich ziehen können. Nicht selten verursacht Multimedikation zusätzlich unspezifische Beschwerden wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Schwindel, Verwirrtheitszustände, Tremor oder Stürze. Dies kann zu weiteren Arzneimittelverordnungen und Krankenseinweisungen führen. Mit steigender Medikamentenzahl und zunehmenden Einnahmeverordnungen wird die

Medikamenteneinnahme immer komplizierter, und die Patienten und Patientinnen verlieren leicht den Überblick. Ihre Bereitschaft oder Fähigkeit, Verschreibungen einzuhalten, kann nachlassen. Hausärzte widmen sich seit einigen Jahren verstärkt dem Thema Multimedikation und empfehlen, die Medikation sorgfältig abzuwägen, kontinuierlich zu überwachen und gegebenenfalls in Absprache mit dem Patienten anzupassen. Auch wenn eine möglichst geringe Medikamentenzahl dabei wünschenswert ist, sollte stets das Ziel verfolgt werden, so viele Arzneistoffe wie nötig einzusetzen.

Mit der Zahl der Krankheiten steigt die Anzahl der Medikamente und damit das Risiko für Nebenwirkungen und Medikationsfehler.

Multimorbidität führt darüber hinaus zu überproportional hohen Kosten durch überdurchschnittlich viele Arztbesuche und Notfalleinweisungen, häufigere und längere Krankenhausaufenthalte sowie erhöhten Medikamentenbedarf.

Die Krankheitskosten erhöhen sich mit der Zahl der Krankheiten überproportional.

Die Anzahl der Arztkontakte nimmt nicht nur mit zunehmendem Lebensalter, sondern mit jeder weiteren chronischen Krankheit und vor allem bei Pflegebedürftigkeit zu. Jeder siebte Patient ab 65 Jahren zählt zu den „Häufignutzern“ mit mindestens 50 Praxiskontakten pro Jahr, und die meisten davon sind von Multimorbidität betroffen (85 Prozent).

Strukturierte Behandlung: Disease-Management-Programme und hausarztzentrierte Versorgung

Die medizinische Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen ist oft sehr komplex: Neben Hausärztinnen und Hausärzten sind in der Regel Fachärzte, andere medizinische Berufsgruppen wie Physiotherapeuten und Kliniken, manchmal zudem Pflegeheime und andere Institutionen beteiligt. Dies erfordert Übersicht und Koordination, die durch strukturierte Behandlungsprogramme und einen zentralen Ansprechpartner, meist den Hausarzt oder die Hausärztin, gesichert werden sollen.

Gesetzlich versicherte Patienten und Patientinnen mit chronischen Erkrankungen können seit 2002 an strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, den Disease-Management-Programmen (DMP). Ziel ist es, eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft (leitliniengerechte Therapie) mit bestmöglicher Qualität zu gewährleisten und den Behandlungsablauf zu optimieren. Dadurch sollen unnötige Komplikationen, Krankenhausaufenthalte und Folgeschäden vermieden werden. Auch Patientenschulungen zur Verbesserung des Umgangs mit der eigenen Erkrankung sind ein wichtiger Bestandteil solcher Programme. Die Koordination der Behandlung übernimmt in der Regel der Hausarzt.

Ein Ausschuss aus Krankenkassen, ärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausgesellschaft (Gemeinsamer Bundesausschuss) wählt chronische Erkrankungen für die Zulassung zu DMP-Programmen aus und erstellt inhaltliche Vorgaben. Nach dem Start mit Typ-2-Diabetes und Brustkrebs folgten bis 2005 koronare Herzkrankheit, Typ-1-Diabetes, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Vor Kurzem wurden außerdem chronische Herzinsuffizienz (2018), chronischer Rückenschmerz (2019) und Depression (2019) für DMP zugelassen. Geplant sind weitere Programme für Osteoporose und rheumatoide Arthritis.

Die Kosten der DMP übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen, die eigene regionale Programme entwickeln und ihren Mitgliedern zur freiwilligen und kostenlosen Teilnahme anbieten. Derzeit sind 7,1 Millionen Versicherte in einem oder mehreren DMP eingeschrieben, am häufigsten in Programmen für Typ-2-Diabetes mit 4,3 Millionen Teilnehmern.

Durch strukturierte Behandlungsprogramme und die Stärkung des Hausarztes als ersten Ansprechpartner im Gesundheitssystem kann das Management chronischer Krankheiten verbessert werden.

Um die medizinische Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern, sind die gesetzlichen Krankenkassen seit 2009 dazu verpflichtet, ihren Versicherten sogenannte Hausarztmodelle anzubieten. Dabei wenden sich die Versicherten bei allen medizinischen Anlässen stets zuerst an ihre Hausarztpraxis. Dadurch sollen die medizinische Notwendigkeit von Facharztbesuchen überprüft sowie unnötige Doppeluntersuchungen und Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist sowohl für die Versicherten als auch für die Ärzte freiwillig. Sie wird durch finanzielle Anreize gefördert. Aktuell sind bundesweit rund 5,4 Millionen Patienten und mehr als 17 000 Hausärzte und -ärztinnen daran beteiligt, schwerpunktmäßig in Bayern und Baden-Württemberg.

Diese Art der Versorgung führt zu einer niedrigeren Hospitalisierungsrate, einer gezielteren Arzneimitteltherapie, geringeren Kosten für die Krankenkassen und einer besseren Versorgungsqualität für die Patienten, die vermehrt an DMP-Programmen teilnehmen.

LEITLINIEN

Für viele der in diesem Bericht genannten Krankheiten existieren medizinische Leitlinien. Leitlinien sollen Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung von Patienten unterstützen und Entscheidungen erleichtern. Bei ihrer Erstellung werden – in unterschiedlichem Umfang – systematisch Erkenntnisse aus praktischen Erfahrungen (Expertenwissen) sowie aus wissenschaftlichen Studien zusammengetragen und bewertet. Leitlinien sind als Empfehlungen zu sehen, nicht als Richtlinien. Auch wenn bei der Erstellung von Leitlinien darauf geachtet wird, dass die besten Studien berücksichtigt werden, untersuchen diese meist nur ein Krankheitsbild. Sobald ein Patient mehr als diese Krankheit hat, können sich Behandlungsempfehlungen widersprechen. Deshalb müssen jede Behandlung und jedes Medikament im Einzelfall abgewogen werden. Hinzu kommt, dass Studien oft nur an bestimmten Patientengruppen durchgeführt wurden und z. B. ältere Menschen oder solche mit mehreren Krankheiten in den Studien nicht repräsentiert sind.

Leitlinien werden immer häufiger auch als Patientenleitlinien in laienverständlicher Sprache veröffentlicht.

Weiterführende Informationen:

[Quellen zum Kapitel „Chronische Krankheiten: eine Bestandsaufnahme“](#)

[Barrierefreie Tabellen zu den Infografiken](#)

CHRONISCHE KRANKHEITEN: VIER BEISPIELE



KREBSERKRANKUNGEN

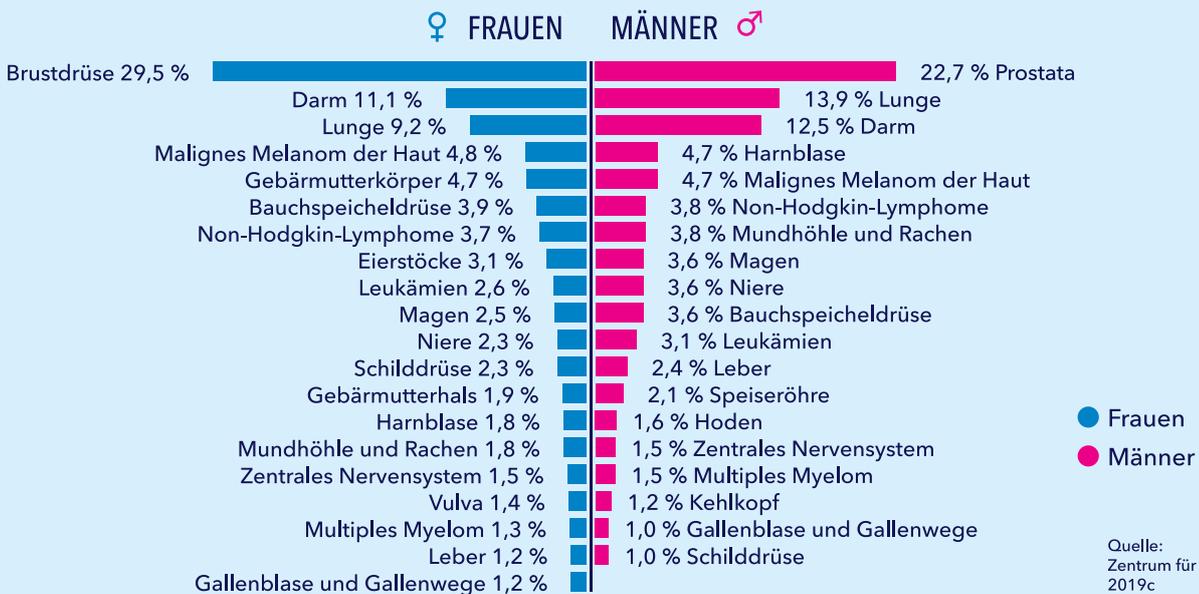
Überblick

Unter dem Begriff Krebserkrankungen fasst man bösartige Tumore – also Gewebswucherungen in den verschiedensten Organen des Körpers – zusammen. Bei Menschen mit einer Krebserkrankung vermehren sich körpereigene Zellen unkontrolliert, sie zerstören und verdrängen umliegendes Gewebe. Auch können bösartige Tumore Tochtergeschwülste, sogenannte Metastasen, in anderen Geweben und Organen bilden. Bei einigen Krebsarten wie Blutkrebs entstehen keine Wucherungen, sondern die Krebszellen verbreiten sich direkt im ganzen Körper.

In Deutschland erhalten jährlich fast eine halbe Million Menschen eine Krebsdiagnose: 2016 rund 234 000 Frauen und 259 000 Männer. Dabei sind Frauen am häufigsten von Brustkrebs und Männer von Prostatakrebs betroffen. Diese beiden Krebsarten

Jährlich erkranken fast eine halbe Million Menschen in Deutschland an Krebs.

HÄUFIGSTE KREBSNEUERKRANKUNGEN 2016



sowie Darm- und Lungenkrebs machen etwa die Hälfte aller Neuerkrankungen aus. Bei den unter 55-Jährigen erkranken Frauen häufiger als Männer neu, mit zunehmendem Alter sind Männer deutlich häufiger betroffen als Frauen.

Sterblichkeit

Wenn man Menschen derselben Altersgruppen vergleicht, so ist die Sterblichkeit infolge von Krebserkrankungen in Deutschland seit den 1970er-Jahren und insbesondere seit Beginn der 1990er-Jahre deutlich zurückgegangen.

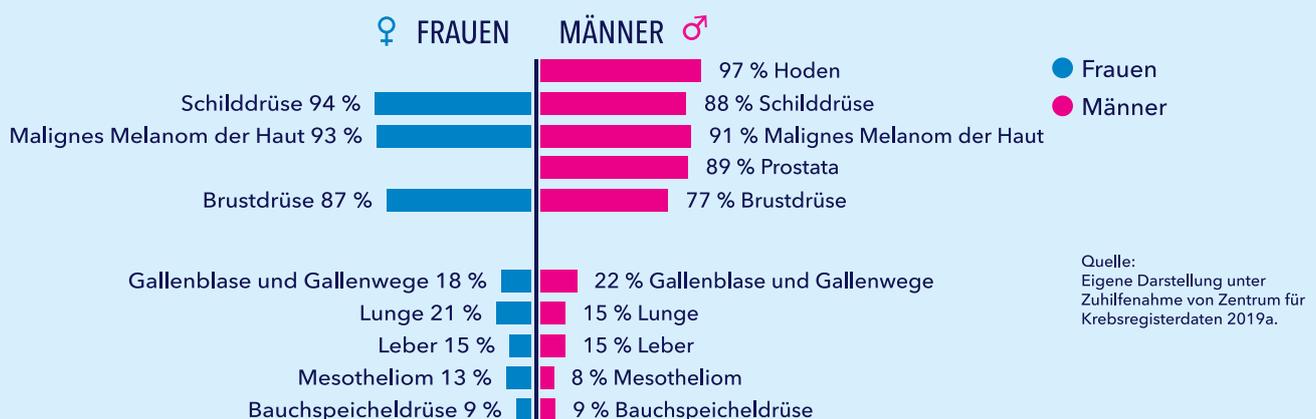
Dies ist vor allem auf Fortschritte in der Therapie, teilweise auch auf Erfolge bei der Früherkennung zurückzuführen. Damit stieg auch die Zahl der sogenannten Langzeitüberlebenden, deren Krebsdiagnose schon über fünf Jahre zurückliegt.

Krebs ist heute kein Todesurteil mehr. Über 4 Mio. Menschen leben mit Krebs.

Aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Menschen und infolge der steigenden Anzahl an Langzeitüberlebenden leben in Deutschland immer mehr Menschen, die irgendwann im Laufe ihres Lebens eine Krebsdiagnose erhielten: derzeit geschätzt mehr als vier Millionen Menschen.

5-JAHRES-ÜBERLEBENS RATEN BEI VERSCHIEDENEN KREBSARTEN

2015-2016



Abgebildet sind relative Überlebensraten, die angeben, wie viele an Krebs erkrankte Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung fünf Jahre nach der Diagnose noch leben. 100 Prozent bedeutet daher, dass nach diesem Zeitraum ebenso viele Personen überlebt haben, wie ohne die Krebsdiagnose zu erwarten gewesen wäre.

EINTEILUNG DER KREBSSTADIEN

Mithilfe der sogenannten „TNM-Klassifikation“ werden die Größe eines Tumors und die Verbreitung von Krebszellen in anderen Organen nach einem international einheitlichen System beschrieben. Dabei gibt die Bezeichnung T1 bis T3 („tumor“) Auskunft über die Größe und Ausbreitung des Tumors. N0 bis N3 („node“) steht für die Anzahl der befallenen Lymphknoten und M0 und M1 („metastasis“) für den Befall anderer Organe oder Körperregionen.

Da diese Angaben für jede Tumorart anders zu bewerten sind, wird nach einer anderen Einteilung, dem System der „Union internationale

contre le cancer“ („Internationale Vereinigung gegen den Krebs“), für jede Krebsart individuell festgelegt, welche T-, N- und M-Kategorien welchem Krankheitsstadium entsprechen. Die vier sogenannten UICC-Stadien haben folgende Bedeutung: Stadium 0 steht für Krebsfrühformen, die Stadien I und II beschreiben Tumore, die noch innerhalb der Organgrenzen wachsen. Stadium III bedeutet, dass sich der Tumor auf Lymphknoten ausgedehnt hat, und im Stadium IV sind andere Organe oder Körperregionen befallen, es liegen also Metastasen vor.

Mittlerweile bedeutet Krebs kein „Todesurteil“ mehr, viele Menschen überleben die Erkrankung. Die durchschnittlichen Überlebensraten unterscheiden sich allerdings je nach Krebsart erheblich. Auch das Geschlecht spielt eine Rolle. Bei Hoden-, Schilddrüsen- und schwarzem Hautkrebs (malignes Melanom) sowie bei Prostata- und Brustkrebs leben fünf Jahre nach der Diagnose beinahe ebenso viele Menschen wie in der Allgemeinbevölkerung. Dagegen ist die Überlebensrate bei einem Tumor der Gallenblase bzw. Gallenwege oder der Lunge nur etwa ein Fünftel so hoch wie bei Menschen, die nicht an diesem Krebs leiden. Noch schlechter sind die Aussichten für Patientinnen und Patienten mit einem Tumor der Leber, des Brust- bzw. Bauchfells (Mesotheliom) sowie der Bauchspeicheldrüse.

Die Prognose und damit die Wahrscheinlichkeit, den Krebs langfristig zu überleben, hängt aber nicht nur von der Art der Krebserkrankung, sondern auch in hohem Maße vom Krebsstadium ab, das heißt von der Größe des Tumors und von der Verbreitung der Krebszellen im Körper zum Zeitpunkt der Diagnose.

Akuttherapie

Menschen mit einer Krebsdiagnose erhalten zunächst eine Akuttherapie, die auf die jeweilige Situation zugeschnitten ist und je nach Krebsart und Tumorgroße verschiedene Behandlungsformen sowie Kombinationen davon umfassen kann: Nach wie vor wichtig sind Verfahren wie Operation, Bestrahlung und Chemotherapie.

Operationen haben vor allem die Entfernung des Tumorgewebes zum Ziel. Dies kann ein kleiner Eingriff sein, wie beispielsweise bei verdächtigen Hautveränderungen, aber auch ein sehr großer, bei dem Teile von Organen oder ganze Organe sowie umliegendes Gewebe entfernt werden. Bei der Chemotherapie versucht man, mittels unterschiedlicher Medikamente bzw. Wirkstoffe die Teilung und Vermehrung von Tumorzellen zu hemmen. Bei der Strahlentherapie sollen die Krebszellen mit sehr energiereicher Strahlung so stark geschädigt werden, dass sie absterben. Heute können Tumore sehr zielgerichtet bestrahlt werden.

Manche Tumore wie Brustkrebs und Prostatakrebs wachsen unter dem Einfluss körpereigener Hormone. Dies erfordert manchmal zusätzlich eine Antihormontherapie. Bei verschiedenen Formen von Blutkrebs ist auch eine Transplantation von Blutstammzellen angezeigt.

Schließlich gibt es für einige Krebsarten neuere Verfahren der Behandlung, sogenannte zielgerichtete Krebstherapien, die sich gegen typische Eigenschaften von Tumorzellen richten. Sie wirken jedoch nur dann, wenn der Patient Krebszellen mit ganz bestimmten Merkmalen aufweist.

Bei der Akuttherapie von Krebs finden nach wie vor Methoden wie Operation, Chemotherapie und Bestrahlung, aber auch verschiedene neue, zielgerichtete Behandlungsformen Anwendung.

Die Akutbehandlung findet heute oft in Klinikambulanzen oder spezialisierten Arztpraxen statt, sodass der Patient oder die Patientin in vielen Fällen nicht oder nur kurz stationär aufgenommen werden muss. Auch nach Operationen wird angestrebt, die Zeit im Krankenhaus so kurz wie möglich zu halten.

Krebstherapien haben oft starke Nebenwirkungen, denn sie schädigen auch gesunde Zellen. Deshalb ist bei onkologischen Patienten in allen Phasen der Behandlung eine begleitende, sogenannte

In allen Phasen der Behandlung werden zusätzlich begleitende Therapien gegen die Nebenwirkungen eingesetzt.

supportive Therapie sehr wichtig. Sie kann die negativen Folgen der Behandlung wie Übelkeit infolge der Chemotherapie oder Schleimhautentzündung infolge der Bestrahlung lindern oder sogar verhindern.

Rehabilitation und Nachsorge

Im Gegensatz zu anderen Erkrankungen ist eine Krebsbehandlung nach Abschluss der Akut- bzw. Erstbehandlung oft noch nicht beendet, sondern es schließen sich weitere Behandlungsphasen an. Direkt auf die Erstbehandlung folgen normalerweise eine mehrwöchige onkologische Rehabilitation und danach über einen Zeitraum von etwa fünf Jahren weitere regelmäßige und strukturierte Nachuntersuchungen. Ein Teil der Patienten leidet allerdings auch Jahre oder Jahrzehnte danach noch an Spätfolgen der Krebserkrankung oder der Behandlung und benötigt deshalb weitere individuelle Langzeit-Therapien: Mögliche Gründe dafür sind ein Nachwachsen des Tumors (Rezidiv) oder ein Zweittumor, aber auch anderweitige physische, seelische oder soziale Spätfolgen. Für eine solche Langzeit-Nachsorge gibt es in Deutschland bisher keine gesetzlichen und finanziellen Regelungen, obwohl immer mehr Menschen mit Krebs leben.

Auch Jahre nach einer Krebserkrankung können noch Spätfolgen auftreten.

Für manche Krebsarten ist eine ergänzende, adjuvante Behandlung vorgesehen, wie beispielsweise eine Antihormontherapie bei Brustkrebs. Dann können Erstbehandlung, Weiterbehandlung und Nachsorgeuntersuchungen nicht exakt abgegrenzt werden, sondern gehen fließend ineinander über.

Einige Krebserkrankungen mit chronischem Verlauf wie chronische Anämien erfordern viele Jahre lang oder dauerhaft regelmäßige Behandlungen.

Kontinuierlich und dauerhaft in Behandlung sind auch Patienten mit weit fortgeschrittenem Krebs. Dann setzt die „palliativ intendierte Tumorthherapie“ ein, die nicht mehr die Heilung zum Ziel hat, sondern die Linderung von Beschwerden und die Lebensqualität in den Blick nimmt. Die Betroffenen sterben nicht zwangsläufig bald an ihrer Krankheit. Manche Tumore wachsen im Alter nur langsam und stellen deshalb keine akute Lebensgefahr dar.

Von der palliativ intendierten Tumorthherapie abzugrenzen sind die sehr ähnlichen Begriffe „Palliativmedizin“ und „Palliativbehandlung“, die stets im Zusammenhang mit der letzten Lebensphase bzw. im Rahmen der Sterbebegleitung verwendet werden (s. Abschnitt „→ Palliativversorgung, Seite 42“).

Die onkologische Rehabilitation erfolgt meist stationär in spezialisierten Kliniken, kann aber alternativ ambulant stattfinden. Sie bietet nicht nur ärztliche und pflegerische Unterstützung, sondern schließt eine Betreuung durch Psychologen, Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Sozialarbeiter und andere Professionen ein. Sie helfen den Betroffenen dabei, möglichst bald wieder in das alltägliche, gegebenenfalls auch das berufliche Leben zurückzukehren sowie körperliche und psychische Beeinträchtigungen zu minimieren. Was die häufigsten Krebserkrankungen anbelangt, so nehmen nach Angaben des Robert Koch-Instituts derzeit etwa die Hälfte aller neu an Darm-, Lungen- oder Prostatakrebs erkrankten Menschen sowie vier von fünf neu an Brustkrebs erkrankten Frauen eine Rehabilitation im Anschluss an ihre Erstbehandlung in Anspruch.

Die Rehabilitation soll dabei helfen, das gewohnte Leben bald wieder aufnehmen zu können.

Die Krebsnachsorge findet mitunter in der Ambulanz der erstbehandelnden Klinik statt, spezialisierte Zentren bieten eine solche Betreuung oft an. Allerdings müssen Patienten und Patientinnen dafür häufig lange Anfahrtswege in Kauf nehmen. Alternativ kann ein niedergelassener Facharzt vor Ort, der auf die Behandlung von Krebserkrankungen spezialisiert ist, die Nachbehandlung koordinieren. Darüber hinaus kommt dem Hausarzt oder der Hausärztin eine wichtige Funktion bei Notfällen und bei gesundheitlichen Fragen zu, die nicht direkt mit der Krebserkrankung zu tun haben. Die Hausarztpraxis sollte daher stets gut über das Behandlungsgeschehen informiert sein, auch weil der Hausarzt nach der strukturierten Nachsorge oft der Ansprechpartner bleibt.

ZERTIFIZIERTE KREBSZENTREN

In Deutschland stehen Krebspatientinnen und -patienten in vielen Regionen zertifizierte Zentren zur Verfügung, die sich einer Qualitätskontrolle nach einheitlichen Maßstäben unterziehen. Das sind keine speziellen Krankenhäuser, sondern Netzwerke aus stationären und ambulanten Einrichtungen, in denen alle an einer Krebsbehandlung Beteiligten eng zusammenarbeiten. Neben Medizinern unterschiedlicher Fachrichtungen gehören dazu beispielsweise

spezialisierte Pflegekräfte, Psychologen, Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen. Viele Zentren sind auf bestimmte Patientengruppen zugeschnitten, wie die Kinderonkologie. Andere konzentrieren sich auf bestimmte Krebsarten wie den Brustkrebs. Eine Reihe von größeren Zentren vor allem in Ballungsgebieten betreut Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Tumorarten. Darüber hinaus gibt es einige Forschungszentren an Unikliniken.

Palliativversorgung

Wenn ein Tumorleiden sehr weit fortgeschritten ist und die letzte Lebensphase begonnen hat, beginnt die Aufgabe der Palliativmedizin bzw. Palliativversorgung, deren Ziel nicht mehr die Heilung, sondern die Besserung der Krankheitsbeschwerden ist. Dabei sollen zum einen belastende Symptome wie Atemnot, Schmerzen, Energielosigkeit und Müdigkeit oder Übelkeit und Erbrechen gelindert werden. Zum anderen erhalten die Patienten Hilfestellung bei psychischen und sozialen Problemen sowie Fragen spiritueller Art.

Die Palliativversorgung in der letzten Lebensphase strebt nicht mehr die Heilung an, sondern versucht, die Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Generell unterscheidet man zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung. Darüber hinaus gibt es Sterbebegleitung im engeren Sinn durch ambulante Hospizdienste oder in stationären Hospizen.

FORMEN DER PALLIATIVVERSORGUNG

Allgemeine palliativtherapeutische Maßnahmen können ambulant von Haus- und Fachärzten sowie Pflegediensten mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden.

Die spezialisierte Palliativversorgung setzt dann ein, wenn komplexe und aufwendige Versorgungsleistungen erforderlich sind. Sie wird durch ein multiprofessionelles Team aus qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und anderen Fachkräften wie Psycho- und Physiotherapeuten geleistet. Sie kann sowohl zu Hause als auch im Krankenhaus erfolgen, dort entweder in einer Palliativstation oder durch einen Palliativdienst, der betroffene Patienten aller Stationen zusätzlich betreut.

Hospizdienste und Hospize leisten Sterbebegleitung im engeren Sinn mit psychosozialer Begleitung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen bis zum Tod. Diese Leistung wird vorwiegend von ambulanten Hospizdiensten mit sehr vielen ehrenamtlich tätigen Menschen erbracht. In stationären Hospizen werden Schwerst- kranke und Sterbende aufgenommen, die nicht in der Klinik versorgt werden müssen und deren Betreuung zu Hause nicht möglich ist.

Vereinzelt findet man (teilstationäre) Tageshospize, die Unterstützung bei der häuslichen Versorgung bieten und soziale Kontakte zwischen den Patienten ermöglichen.

In Deutschland hat seit Mitte der 1980er-Jahre die Bedeutung der Palliativversorgung stetig zugenommen, und mittlerweile hat sich dieser Bereich zu einem festen Bestandteil des Gesundheitswesens entwickelt. Allerdings sind palliativmedizinische Angebote nicht in überall in Deutschland gleich verbreitet.

Bei der allgemeinen Palliativversorgung in hausärztlichen Praxen sind rund 25 Prozent der Betroffenen Tumorpatienten, in der spezialisierten Versorgung haben rund 80 Prozent der Patienten eine Krebsdiagnose. Die meisten dieser Patienten sind zwischen 70 und 79 Jahre alt, der Altersdurchschnitt beträgt 70 Jahre.

Psychoonkologie

Mit den psychischen Belastungen und Spätfolgen von Krebserkrankungen befasst sich ein eigener Behandlungszeitung: die Psychoonkologie. Psychoonkologische Therapien bieten Rehabilitationskliniken, Krebszentren, manche onkologischen Praxen und Psychotherapiepraxen an. Solche Therapien können direkt nach der Diagnose, während der akuten Behandlung, aber auch zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll sein. Eine Krebserkrankung bringt auch psychische Belastungen mit sich. Mit psychoonkologischen Angeboten werden die Betroffenen in allen Behandlungsphasen unterstützt. Das Angebot ist in Deutschland jedoch sehr begrenzt.

In vielen größeren Städten und Zentren gibt es außerdem Krebsberatungsstellen, die mit einem kostenlosen Angebot das Spektrum an psychoonkologischen Auskünften und Beratung erweitern. Auch die Beratung in Kliniken ist für Patienten und Angehörige in der Regel kostenfrei. Bei einer ambulanten Psychotherapie entstehen Kosten, die von der Krankenkasse übernommen werden, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Vorsorge und Früherkennung

Im Zusammenhang mit Krebs wird häufig auf Früherkennungs-Untersuchungen hingewiesen. Das Ziel der Programme zur Krebsfrüherkennung ist die Entdeckung der Krankheit in einem gut behandelbaren Frühstadium, bevor der Tumor Symptome verursacht. Häufig werden diese Untersuchungen auch als Krebsvorsorge bezeichnet. Tatsächlich handelt es sich nur bei Darm-, Gebärmutterhalskrebs und einigen Hautkrebsformen um Vorsorge im eigentlichen Sinn, das heißt um die Verhinderung einer Krebserkrankung. In allen anderen

Fällen geht es darum, Krebs frühzeitig zu erkennen. Angesichts möglicher Nachteile sollten die Patientinnen und Patienten bei jeder Krebsfrüherkennungs-Untersuchung umfangreich aufgeklärt werden. Der mögliche Nutzen kann in einer besseren Therapierbarkeit und damit einer höheren Überlebenschance liegen. Risiken bestehen u.a. in Befunden, die Patienten und Patientinnen unnötig aufschrecken und verängstigen, wenn sich ein Verdacht später nicht erhärtet.

Bei Programmen zur Krebsfrüherkennung sollte stets eine individuelle Beratung erfolgen, denn sie können auch Nachteile mit sich bringen.

KREBSFRÜHERKENNUNG ALS ANGEBOT DER KRANKENKASSEN

Folgende Untersuchungen werden derzeit von gesetzlichen Krankenkassen erstattet:

- Jährliche Unterleibsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs für Frauen ab 20 Jahren.
- Jährlicher Abstrich vom Gebärmutterhals für Frauen im Alter von 20 bis 34 Jahren. Alle drei Jahre Abstrich vom Gebärmutterhals und HPV-Test für Frauen ab 35 Jahren.
- Jährliche Tastuntersuchung der Brust auf Brustkrebs für Frauen ab 30 Jahren und (alle zwei Jahre) Einladung zum Mammografie-Screening für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren.
- Untersuchung auf Hautkrebs alle zwei Jahre für Männer und Frauen ab 35 Jahren.
- Jährliche Unterleibsuntersuchung auf Prostatakrebs für Männer ab 45 Jahren.
- Tastuntersuchungen und/oder Stuhluntersuchungen auf Darmkrebs für Männer und Frauen ab 50 Jahren. Empfohlen und von der Krankenkasse bezahlt werden auch Darmspiegelungen in gewissen Zeitabständen.

ERKRANKUNGEN DES MUSKEL-SKELETT-SYSTEMS

Überblick

Zu den Muskel-Skelett-Erkrankungen zählen Krankheiten ...

... der Gelenke, wie Gonarthrose, das heißt Arthrose des Kniegelenks

... des Bindegewebes, wie Lupus erythematodes, eine chronisch entzündliche Autoimmunkrankheit des Bindegewebes

... der Wirbelsäule und des Rückens, wie Rückenschmerzen

... der Weichteilgewebe, das heißt der Muskeln oder Sehnen, wie Frozen Shoulder, eine Entzündung der Schultergelenkkapsel

... und der Knochen, wie Osteoporose.

In dieser Aufzählung finden sich akute und chronische Erkrankungen. Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, vor allem Rückenschmerzen, kommt dabei eine besondere Bedeutung zu: Fast alle Menschen leiden im Laufe ihres Lebens einmal an Rückenschmerzen, viele haben immer wieder damit zu kämpfen, und manche erkranken chronisch daran. Rückenschmerzen sind die häufigste Schmerzdiagnose bei Erwachsenen, können enorme Beschwerden verursachen und die Lebensqualität der Betroffenen erheblich mindern. In Deutschland ist der Verlust an gesunden Lebensjahren durch Rückenschmerzen größer als bei allen anderen Krankheiten.

Rückenprobleme haben außerdem zur Folge, dass Gesundheitsleistungen stark in Anspruch genommen werden. Die Kosten durch Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, bildgebende Verfahren wie Röntgen, Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT) und andere medizinische Leistungen sind sehr hoch. Dazu kommen erhebliche volkswirtschaftliche Kosten infolge von Arbeitsausfällen und Frühberentung chronisch Rückenkranker.

Rückenschmerzen sind sehr weit verbreitet, und sie belasten sowohl die Betroffenen als auch das Gesundheitssystem und die Gesellschaft erheblich.

Rückenschmerzen

Rücken- oder Kreuzschmerzen sind Schmerzen im unteren Bereich des Rückens, die manchmal auch in andere Bereiche ausstrahlen. Als chronisch bezeichnet man sie, wenn sie länger als drei Monate anhalten. Von chronisch rezidivierenden Schmerzen spricht man, wenn sie nach beschwerdefreien Phasen immer wieder auftreten.

Rückenschmerzen sind bei der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland weit verbreitet: Nach einer großen überregionalen Studie aus dem Jahr 2007 erkrankten etwa 85 Prozent der Bevölkerung im Laufe des Lebens daran, rund drei Viertel innerhalb eines Jahres. Über sehr schwere oder sehr beeinträchtigende Schmerzen berichtet jeder Fünfte.

Die anatomische Ursache von Rückenschmerzen bleibt in den meisten Fällen unklar. Man spricht dann von nicht spezifischen oder unspezifischen Rückenschmerzen. Weder mithilfe eines Tests noch durch bildgebende Verfahren kann eindeutig festgestellt werden, wodurch die Schmerzen ausgelöst werden. Unspezifische Rückenschmerzen sind also in der Regel nicht auf eine verborgene Krankheit oder einen krankhaften Prozess zurückzuführen. Meist handelt es sich um vorübergehende Beschwerden, die sich innerhalb weniger Tage oder Wochen von selbst wieder bessern. Problematisch ist jedoch, dass ein Großteil der von Rückenschmerzen betroffenen Personen häufig wiederkehrende, das heißt rezidivierende Schmerzen hat. Besonders schwerwiegend ist außerdem, dass bei einem Teil der Betroffenen die Schmerzen chronifizieren, also dauerhaft bestehen und sich zu einer eigenen Schmerzkrankheit entwickeln.

Spezifische Rückenschmerzen sind dagegen auf eine körperliche Erkrankung (z. B. der Wirbelsäule oder innerer Organe) oder einen krankhaften biologischen Prozess (z. B. eine Entzündung, einen Wirbelkörperzusammenbruch oder einen Tumor) zurückzuführen; als spezifisch werden Rückenschmerzen auch dann bezeichnet, wenn die anatomische Quelle der Schmerzen wie Nervengewebe, Bandscheibe, Wirbelgelenke oder Muskulatur eindeutig identifizierbar ist.

CHRONISCHE RÜCKENSCHMERZEN

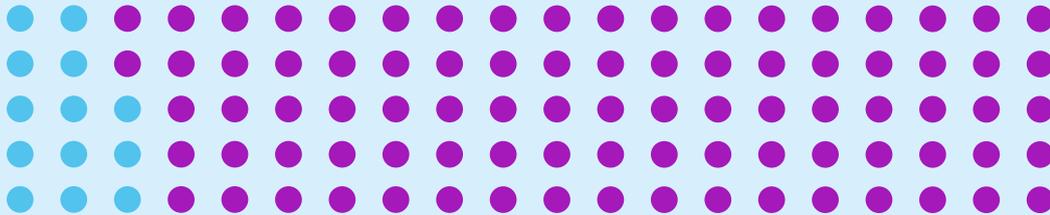
Nach repräsentativen telefonischen Befragungen des Robert Koch-Instituts aus den Jahren 2009 und 2010 leiden jede vierte Frau und jeder sechste Mann unter Rückenschmerzen, die drei Monate oder länger anhalten und fast täglich auftreten. Chronische Rückenschmerzen betreffen Menschen aller Altersgruppen, nehmen aber mit dem Lebensalter kontinuierlich zu. Frauen berichten generell häufiger von chronischen Rückenschmerzen als Männer, in der Altersgruppe ab 70 Jahre fast die Hälfte aller Frauen und fast 40 Prozent aller Männer.

Die Gefahr der Chronifizierung ist bei häufig wiederkehrenden und chronischen Rückenschmerzen von mehr als drei Monaten Dauer besonders groß.

RÜCKENSCHMERZEN

spezifisch und unspezifisch

- spezifische Rückenschmerzen
- unspezifische Rückenschmerzen



Quelle: Diemer 2002

Ursachen unspezifischer Rückenschmerzen

Unspezifische Rückenschmerzen werden meist durch eine Fehlbelastung des Rückens ausgelöst, die Verspannungen der Muskeln nach sich zieht. Die Ursache dafür können persönliche Faktoren sein oder im Umfeld liegen.

Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz wie das Tragen und Heben schwerer Lasten, Vibrationen, langes Stehen oder eine ungünstige Körperhaltung zählen dazu. Langjährige und sehr schwere körperliche Arbeit ist als Risikofaktor nachgewiesen. Menschen, die in bestimmten Berufen oder Branchen arbeiten, z. B. dem Baugewerbe, sind überdurchschnittlich häufig von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens betroffen. Daher sind bestimmte Rückenerkrankungen als Berufskrankheit anerkannt.

Nicht nur starke körperliche Belastungen, sondern auch psychosoziale Faktoren wie beruflicher oder privater Stress können unspezifische Rückenschmerzen auslösen.

Auch Faktoren wie Übergewicht oder Bewegungsmangel können Rückenschmerzen begünstigen. Des Weiteren erhöhen verschiedene psychosoziale Faktoren das Risiko: Dazu zählen bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie etwa depressive Neigungen und bestimmte Einstellungen zu und Verhaltensweisen bei Krankheit und Schmerz, z. B. unrealistische Befürchtungen und ausgeprägtes Schonverhalten. Rückenschmerzen können auch durch privaten oder beruflichen Stress ausgelöst werden, z. B. eine unbefriedigende Arbeit oder Konflikte am Arbeitsplatz.

Daher verwundert es wenig, dass ein niedriger sozioökonomischer Status eindeutig mit einem höheren Risiko vor allem für schwere Rückenschmerzen verbunden ist. Das Risiko für einen ungünstigen Verlauf steigt außerdem mit der Anzahl der erlebten Schmerzphasen und der Dauer der einzelnen Episoden.

Behandlung und Versorgung bei Rückenschmerzen

Bei Patienten mit Rückenschmerzen wird in den medizinischen Leitlinien zunächst eine gründliche Untersuchung sowie ein ausführliches Gespräch empfohlen, um den Schmerz nach Ursache, Dauer und Schweregrad, das heißt Schmerzstärke und Funktionsbeeinträchtigung zu klassifizieren. Geklärt werden muss auch, ob eine spezifische Ursache vorliegt und ob dringender Handlungsbedarf besteht. Im Gespräch soll darüber hinaus nach potenziellen Risiken für eine Chronifizierung gesucht werden, beispielsweise nach ungünstigen psychosozialen oder arbeitsplatzbezogenen Faktoren. Tritt nach etwa vier bis sechs Wochen keine Besserung ein, können zusätzlich Diagnoseverfahren wie Röntgen, CT oder MRT eingesetzt werden. Wenn ein schweres Krankheitsbild vorliegt und psychosoziale oder arbeitsplatzbezogene Belastungen bestehen, wird im weiteren Verlauf eine multidisziplinäre Vorgehensweise empfohlen. Es werden neben Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Orthopädie beispielsweise Physio- und Psychotherapeuten in die Behandlung einbezogen. Generell ist das wichtigste Therapieziel bei unspezifischen Rückenschmerzen, eine Chronifizierung der Schmerzen zu vermeiden.

Wenn kurzzeitig geeignete Schmerzmittel nötig sind, sollten sie wegen potenzieller Nebenwirkungen möglichst unter ärztlicher Kontrolle eingesetzt werden. Darüber hinaus stehen verschiedene nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die sich bei wiederkehrendem oder chronischem Verlauf bewährt haben:

Dazu zählen Akupunktur, Krankengymnastik, Yoga, Entspannungsverfahren und Verhaltenstherapie. Menschen mit chronischen Schmerzen können schließlich im Rahmen einer Schmerztherapie oder einer Rehabilitation eine sogenannte multimodale Behandlung erhalten. Dies ist eine Kombination aus Bewegungs-, Schmerz- und psychotherapeutischer Therapie sowie Beratungen und Schulungen, beispielsweise zu Stressbewältigung oder Konfliktlösung am Arbeitsplatz. Diese Therapie dauert mehrere Wochen und kann ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen.

Bei der Behandlung unspezifischer Rückenschmerzen ist das wichtigste Therapieziel, eine Chronifizierung der Schmerzen zu vermeiden.

Vielen Menschen ist nicht bewusst, dass Rückenschmerzen meist keine eindeutig feststellbare körperliche Ursache haben und daher Facharztbesuche, bildgebende Verfahren und invasive Therapien meist nicht erforderlich sind. Auch die Tatsache, dass Schonung und Ruhigstellung eher schaden und körperliche Bewegung sehr wichtig ist, ist nicht jedem bekannt. Ärztinnen und Ärzte nehmen sich manchmal zu wenig Zeit für ein ausführliches Gespräch und werden für diese Leistung bisher nicht angemessen honoriert. Dadurch wird möglicherweise die Gelegenheit verpasst, den Betroffenen die weitere Vorgehensweise und Behandlung näher zu erklären, sie zu einem gesundheitsfördernden Verhalten zu motivieren, ihnen Möglichkeiten der Prävention aufzuzeigen und auf weitere Beratungs- und Hilfsangebote, beispielweise der Krankenkassen, hinzuweisen. Daher besteht bei dieser Krankheit ein besonderes Risiko für Doppeluntersuchungen, unnötige Krankenhausaufenthalte, ein Übermaß an bildgebenden Untersuchungen und nicht erforderliche operative Eingriffe.

Gleichzeitig ist für Personen mit schweren chronischen Rückenschmerzen der Zugang zu aufwendigen stationären multimodalen Behandlungsprogrammen nicht gewährleistet. Im Rahmen der neuen Disease-Management-Programme zu chronischem Rückenschmerz sollen neben stationären auch multimodale ambulante Behandlungen angeboten werden. Auch bei der beruflichen Rehabilitation nach Langzeit-Arbeitsunfähigkeit infolge von chronischen Rückenschmerzen bestehen Defizite.

Während bei der Behandlung leichter Rückenschmerzen mitunter eine Überversorgung stattfindet, bestehen bei der Versorgung von Menschen mit schweren chronischen Rückenschmerzen Behandlungsdefizite.

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

Überblick

Unter den Sammelbegriff „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ fallen Erkrankungen der Gefäße und Erkrankungen, bei denen die Funktionsweise oder die Struktur des Herzens selbst beeinträchtigt ist. Zu Letzteren zählen etwa Herzmuskelerkrankungen, Herzklappenerkrankungen oder Herzrhythmusstörungen. Krankheiten der Gefäße sind etwa die koronare Herzkrankheit und der Bluthochdruck sowie der Schlaganfall und die Lungenembolie, bei denen ein Blutgerinnsel die Blutzufuhr zum Gehirn oder zur Lunge beeinträchtigt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen weisen also eine enorme Bandbreite auf. Die häufigste Herz-Kreislauf-Erkrankung ist der Bluthochdruck – rund ein Drittel aller Deutschen ist betroffen.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen können erblich bedingt sein, wie ein Herzfehler, der schon von Geburt an vorhanden ist. Doch der Großteil entwickelt sich erst im Laufe des Lebens. Dabei bestimmen nicht nur körperliche Faktoren (z. B. Fettstoffwechselstörungen oder Entzündungsprozesse), sondern auch psychische (z. B. Stress) und soziale (z. B. Lebens- und Arbeitsbedingungen), ob eine Person einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgesetzt ist.

In Deutschland sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit ca. 40 Prozent aller Sterbefälle die häufigste Todesursache. Allerdings geht die Sterblichkeit zurück. Das heißt, dass heute weniger Menschen an ihrer Herz-Kreislauf-Erkrankung sterben als noch vor einigen Jahren. Das hat viele Gründe. Unter anderem tragen neue – auch technische – Möglichkeiten der Diagnose und Therapie dazu bei – und nicht zuletzt die Tatsache, dass Menschen zunehmend gesünder leben.

An Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben mehr Frauen als Männer. Dies wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass Frauen und Männer teilweise unterschiedliche Symptome zeigen und anders auf Medikamente reagieren. Zudem weisen sie genetische und anatomische Unterschiede auf. Besonders bei der Diagnose Herzinsuffizienz ist die Prognose für Frauen deutlich schlechter.

Unter die Herz-Kreislauf-Erkrankungen fallen eine Vielzahl verschiedener Krankheiten. Die meisten davon entwickeln sich erst im Laufe des Lebens.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Deutschland die häufigste Todesursache, die Sterblichkeit geht aber zurück.

HERZ-KREISLAUF-EKRANKUNGEN: BEISPIELHAFTE KRANKHEITSMEECHANISMEN

Herzklappen sind die Ein- und Austrittstore für in die bzw. aus den Herzkammern strömendes Blut. Ist ihre Funktion beeinträchtigt, z. B. weil sie durchlässig (Klappeninsuffizienz) oder verengt (Klappenstenose) sind, ist die Arbeit des Herzens gestört. Neben Operationen wie einem Herzklappenersatz können dem Patienten oder der Patientin dann minimal-invasive Therapien helfen. Beispielsweise werden per Katheter verengte Stellen (Stenosen) mit einem Ballon erweitert. Insgesamt gehören Herzklappenerkrankungen neben Bluthochdruck und der koronaren Herzkrankheit zu den verbreitetsten Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems.

Ein gesundes Herz schlägt in einem regelmäßigen Rhythmus (Sinusrhythmus). Wenn der Rhythmus gestört ist, werden Reize so an den Herzmuskel weitergeleitet, dass das Herz zum Beispiel zu schnell schlägt (Tachykardie) oder zu langsam (Bradykardie). Zu den häufigsten Herzrhythmusstörungen zählt das Vorhofflimmern, bei dem die normale Herzschlagfolge außer Takt gerät. Dadurch steht das Blut länger in den Vorhöfen, und das Risiko von Blutgerinnseln nimmt zu. Neben den Vorhöfen können auch die Herzkammern von einer Rhythmusstörung betroffen sein. Therapiert werden sie mit Medikamenten oder operativen Eingriffen: In manchen Fällen kann der Einsatz eines Herzschrittmachers oder

Defibrillators, der bei Herzstillstand auch Stromstöße abgeben kann, sinnvoll sein.

Die koronare Herzkrankheit entsteht in einem langen Prozess, bei dem Gefäße, die das Herz mit Nährstoffen versorgen, „verkalken“. In der Gefäßwand bilden sich Plaques, die die ohnehin teils dünnen Gefäße verengen. Wenn dieser Prozess über viele Jahre fortschreitet und sich schließlich Plaques von der Gefäßwand lösen und ein Gefäß verschließen, kann es zu plötzlichen Beschwerden wie dem Brustschmerz (Angina Pectoris) kommen. Aber auch Herzinfarkte oder Schlaganfälle sind eine häufige Folge von Plaques. Notfallmedizinisch muss dann versucht werden, die verschlossenen Gefäße rechtzeitig über einen Eingriff zu öffnen, z. B. mit einem Herzkatheter oder in manchen Fällen auch einer Bypass-Operation.

Wenn die Gefäße, die vom Herzen wegführen, dauerhaft verengt sind, ist der Druck erhöht, gegen den der Herzmuskel das Blut in den Kreislauf pumpt. Der Patient oder die Patientin leidet dann an Bluthochdruck (Hypertonie). Bei der Therapie spielen blutdrucksenkende Medikamente eine Rolle sowie die Änderung des Lebensstils. Bewegung und Raucherentwöhnung sind Maßnahmen, die das Fortschreiten der Erkrankung verhindern können.

Letztlich hängen viele Herz-Kreislauf-Erkrankungen zusammen oder bedingen einander. Zum Beispiel kann eine langjährige koronare Herzkrankheit ein Risikofaktor für einen Herzinfarkt sein. Ein Herzinfarkt, bei dem gesundes Gewebe des Herzmuskels abstirbt, kann wiederum eine Herzinsuffizienz zur Folge haben. Nicht selten gerät mit der Herzinsuffizienz auch der Rhythmus des Herzens aus dem Takt, und es entwickelt sich ein Vorhofflimmern. Bei unzureichender Blutverdünnung ist das wiederum ein Risikofaktor für die Bildung von Blutgerinnseln, die zum Beispiel einen Schlaganfall verursachen können.

Da die meisten Herz-Kreislauf-Erkrankungen einen chronischen Verlauf nehmen, ist eine Langzeitbehandlung erforderlich. Sie wird insbesondere von kardiologischen und hausärztlichen Praxen geleistet. Die Schweregrade und unterschiedlichen Krankheitsformen bestimmen, wie die Patientinnen und Patienten am besten versorgt werden.

Neben der ambulanten Langzeitbehandlung sind bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch häufig Klinikaufenthalte notwendig. Im Jahr 2017 litten 8,6 Prozent aller Krankenhaus-Patientinnen und -Patienten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Für Patienten mit Herzinfarkt und Schlaganfall ist die Notfallversorgung extrem wichtig. Aber auch chirurgische Behandlungen des Herzens oder der Gefäße erfordern einen Aufenthalt im Krankenhaus. Die anschließende Rehabilitation trägt dazu bei, solche Ereignisse zu überleben, psychisch zu verarbeiten und körperliche Funktionalität wiederzuerlangen.

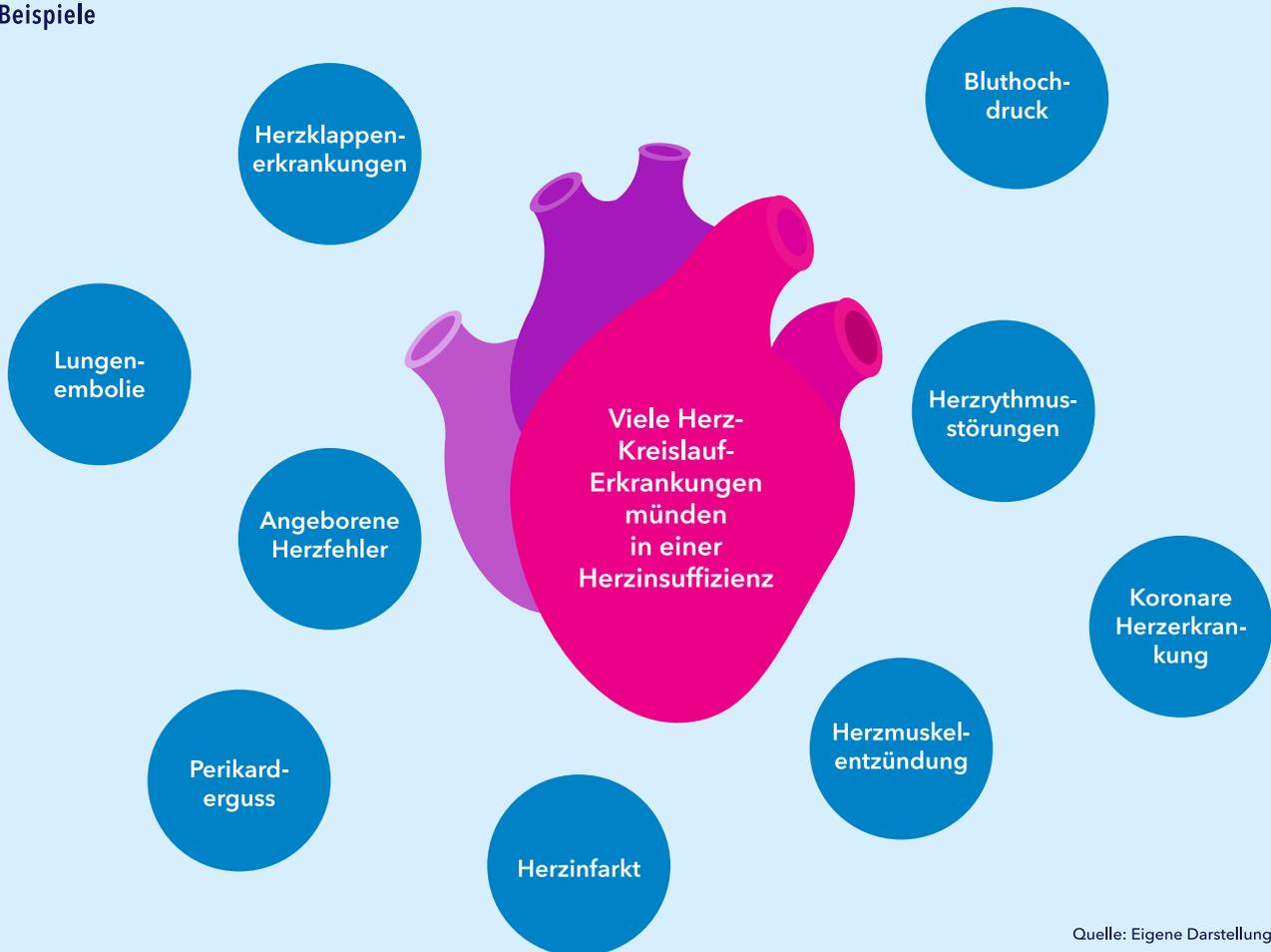
Menschen, die an schweren Herz- oder Kreislauf-Erkrankungen leiden, benötigen teils komplexe Operationen (in besonders schweren Fällen sind Organtransplantationen oder der Einsatz eines Kunstherzens notwendig), mehrmalige Rehabilitationsaufenthalte, Pflege oder Palliativversorgung. Letztere umfasst Maßnahmen, die nicht mehr die eigentliche Krankheit therapieren, sondern darauf abzielen, Beschwerden und Leiden angesichts einer absehbaren Lebensdauer zu verringern.

Viele Herz-Kreislauf-Erkrankungen entwickeln sich schleichend, werden chronisch und bedürfen regelmäßiger und langfristiger medizinischer Betreuung.

Treten schwere Krankheiten des Herzens oder des Kreislaufsystems auf oder manifestieren sich sehr plötzlich, benötigen Menschen akute, oft notfallmäßige Versorgung im Krankenhaus und lebensrettende Eingriffe.

URSACHEN DER HERZINSUFFIZIENZ

Beispiele



Quelle: Eigene Darstellung

Herzinsuffizienz

Häufige Auslöser für eine Herzinsuffizienz sind langjähriger Bluthochdruck oder eine koronare Herzkrankheit. Aber auch angeborene Herzfehler, Alkohol- oder Drogensucht und viele andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen schädigen das Herz nachhaltig.

Bei der Herzinsuffizienz ist das Herz zu schwach, um den Kreislauf ausreichend mit Blut und Nährstoffen zu versorgen.

Bei der Herzinsuffizienz ist das Herz eines Patienten oder einer Patientin zu schwach, um den Körperkreislauf ausreichend mit Blut und Nährstoffen zu versorgen. Je nach Schweregrad kommt es zu einer mehr oder weniger starken Unterversorgung von Organen und der Muskulatur sowie einem Rückstau des Blutes vor dem Herzen.

Patienten mit Herzinsuffizienz leiden unter typischen Beschwerden: Atemnot, allgemeiner Ermüdung, Schwindel, Anschwellen der Knöchel oder Beine, Völlegefühl im Bauch, Hustenreiz oder – da sich Wasser im Körper sammelt – plötzlicher Gewichtszunahme.

Typische Symptome wie Kurzatmigkeit oder geschwollene Beine können mehr oder weniger ausgeprägt auftreten.

Ein typischer Verlauf, der zu einer chronischen Herzinsuffizienz führt, ist der folgende: Ein Patient überlebt einen Herzinfarkt. Das Herz ist aber so in seiner Funktion beeinträchtigt, dass es nicht mehr ausreichend Blut und Nährstoffe in den Kreislauf pumpt, um wichtige Organe und die Muskulatur ausreichend zu versorgen. Es kommt zur Herzinsuffizienz mit reduzierter Pumpleistung. (Die Pumpleistung wird u.A. durch die Auswurfmenge = Ejektionsfraktion bestimmt.)

Eine solche Unterversorgung mit Blut und Nährstoffen kann aber auch dadurch entstehen, dass das Herz zwar kräftig genug pumpt, sich aber nicht ausreichend mit sauerstoffreichem Blut während der Ansaugphase füllen kann (Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion). Oder es ist eine Kombination beider Mechanismen – eines Pumpversagens und einer Ansaugstörung.

HERZINSUFFIZIENZ: SCHWEREGRADE

Die Herzinsuffizienz kann nur eine oder beide Herzhälften betreffen. Entlang der Symptom schwere wird die Herzinsuffizienz in vier Schweregrade eingeteilt. Diese wurden von der New York Heart Association veröffentlicht und heißen deshalb NYHA-Stadien. Manche Patienten erkranken zunächst sehr leicht, sodass eine beeinträchtigte Funktion des Herzens zwar diagnosti-

ziert werden kann, die Patientin oder der Patient aber keine der typischen Symptome bemerkt (NYHA 1). Andere Menschen wiederum erleben im weiteren Verlauf der Erkrankung leichte bis massive Einschränkungen ihrer Belastungsfähigkeit während körperlicher Betätigung (NYHA 2), zunehmend auch bei Alltagsaktivitäten (NYHA 3) und schließlich sogar in Ruhe (NYHA 4).

Mitunter entwickelt sich eine Herzinsuffizienz sehr schnell. Zum Beispiel, wenn ein eigentlich vollständig gesunder Patient eine Herzmuskelentzündung bekommt und diese die Herzfunktion beeinträchtigt. Erfolgt in solchen Fällen eine zeitnahe, adäquate Therapie, können sich Menschen von so einer akuten Herzinsuffizienz wieder vollkommen erholen. Wenn die Beeinträchtigung der Herzfunktion nicht reversibel ist und die Symptome bleiben, spricht man von chronischer Herzinsuffizienz.

Nicht selten leiden Patienten mit Herzinsuffizienz zusätzlich an psychischen Erkrankungen. So treten mit zunehmender Symptomschwere Depressionen, Angststörungen oder Gedächtnisstörungen immer häufiger auf. Andere begleitend auftretenden Krankheiten können unter anderem Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Demenz, Übergewicht, Schlafapnoe, Eisenmangel oder Nierenleiden sein.

Die Behandlung richtet sich nach der Grunderkrankung, die zur Herzinsuffizienz geführt hat, ihrer Form und dem Schweregrad sowie den anderen körperlichen und psychischen Krankheiten des Patienten.

Herzinsuffizienz in Zahlen

Insgesamt ist die chronische Herzinsuffizienz weniger weit verbreitet als andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Etwa 3 Prozent der Deutschen sind mit Herzinsuffizienz diagnostiziert, das sind 3000 Personen in einer Stadt mit 100 000 Einwohnern.

Besonders ältere Menschen leiden an Herzinsuffizienz, etwa drei Viertel aller Betroffenen sind 70 Jahre und älter.

Das Risiko, an einer Herzinsuffizienz zu erkranken, ist für Menschen aus ländlichen Gebieten höher als für Großstädter. Um diesen zunächst statistischen Zusammenhang zu erklären, forschen Wissenschaftler derzeit an möglichen Gründen. Zudem ist in ländlichen Gebieten der Anteil älterer Menschen höher. So stellt die Herzinsuffizienz als Erkrankung des Alters auch aus diesem Grund zusätzlich ländliche Regionen vor eine Herausforderung.

Herzinsuffizienz ist eine Erkrankung des Alters: Drei Viertel aller Betroffenen sind 70 Jahre und älter.

Während Männer zwischen dem 45. und 85. Lebensjahr häufiger betroffen sind als Frauen, sind Fälle von Herzinsuffizienz ab Mitte der neunten Lebensdekade bei Frauen verbreiteter.

Verlauf der Herzinsuffizienz

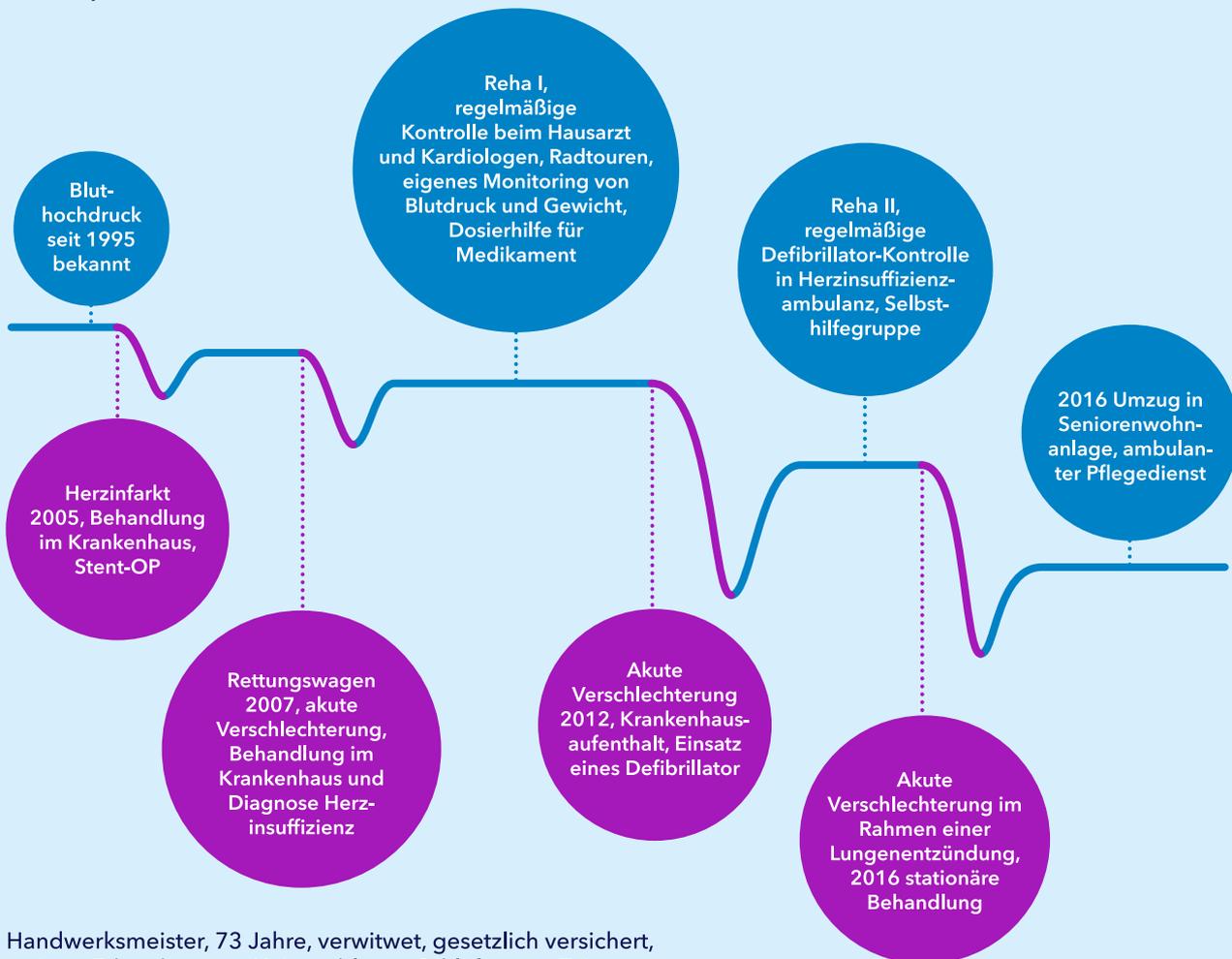
Erkrankungsdauer und -verlauf gestalten sich individuell, sind jedoch meistens geprägt von stabilen Phasen, die durch akute Verschlechterungen unterbrochen werden. Um einen möglichst stabilen Verlauf der Krankheit zu erreichen, sollten die Patientinnen und Patienten im Alltag auf ihr Gewicht achten und sich ausreichend bewegen. Zudem müssen sie meist mehrere unterschiedliche Medikamente einnehmen. In Phasen der „akut dekompensierten Herzinsuffizienz“ müssen die Patienten notfallmedizinisch und/oder auf einer Intensivstation versorgt werden. Nach einer solchen Phase erholen sich die Herzleistung, die Belastungsfähigkeit und die allgemeine Verfassung des Patienten nicht wieder vollständig auf das Ausgangsniveau, sodass sein Gesundheitszustand sich unaufhaltsam verschlechtert. Die Herzinsuffizienz ist also eine ernste, fortschreitende Erkrankung, die auf Dauer zum Tode führt.

Die für den Patienten oder die Patientin spürbaren Folgen der Herzinsuffizienz ändern sich somit kontinuierlich während des Krankheitsverlaufes. Mit fortschreitender Erkrankungsdauer nehmen nicht nur die körperlichen Beschwerden und psychischen Belastungen zu, die von leichter Müdigkeit bis hin zu Todesängsten reichen. Sondern es können sich auch die Behandlungsoptionen, die Lebensumwelt (z.B. altersgerechtes Wohnen), der Alltag und die persönlichen Beziehungen (z.B. Sexualleben, Reisetätigkeit, Autofahren) einschließlich der sozialen Rollen, die der Patient in seinem Leben übernimmt (z.B. Frühpensionierung), verändern. Vom erkrankten Menschen und seinem Umfeld wird eine hohe Anpassungsfähigkeit gefordert, um die Krankheit in ihrem Verlauf zu bewältigen. Herzinsuffizienz führt mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zur Pflegebedürftigkeit. Die Sterblichkeit bei Krankenhausaufenthalten ist hoch. Nicht zuletzt sterben – ähnlich wie bei einigen Krebserkrankungen – durchschnittlich über die Hälfte der Patienten innerhalb von fünf Jahren nach der Diagnose.

Dauer und Verlauf der Erkrankung unterscheiden sich individuell sehr. Stabile Phasen werden immer wieder durch akute Verschlechterungen unterbrochen.

Eine Herzinsuffizienz ist lebensbedrohlich und hat eine ähnlich schlechte Prognose wie einige Krebserkrankungen.

LEBEN MIT HERZINSUFFIZIENZ: ein beispielhafter Verlauf



Handwerksmeister, 73 Jahre, verwitwet, gesetzlich versichert, weitere Erkrankungen: Knieprobleme, Schlafapnoe, Träger eines Defibrillators aufgrund von Herzrhythmusstörungen

Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

HERZINSUFFIZIENZ: FALLBERICHT

Wegen eines diagnostizierten Bluthochdruckes ist Herr P. jahrelang in hausärztlicher Behandlung in dem Stadtviertel, in dem er seit Jahrzehnten mit seiner Familie wohnt. Als er 2005 bei einem

Arbeitseinsatz im Ausland als selbstständig tätiger Handwerksmeister mit 60 Jahren einen Herzinfarkt erleidet, wird ihm ein Stent gesetzt. Nachdem er wenige Tage später nach Hause

zurückkehren kann, verspürt er keine Schmerzen oder Einschränkungen mehr, sodass er seinen Alltag weitgehend wie gewohnt gestaltet. Herr P. übergibt die ärztlichen Dokumente an seinen Hausarzt und sammelt Kopien selbst sehr gewissenhaft in einer Mappe. Er nimmt sich vor, die Arbeit in Zukunft etwas ruhiger angehen zu lassen, schließlich muss er nun mehrere Medikamente einnehmen.

Von seiner Herzinsuffizienz erfährt Patient P. das erste Mal zwei Jahre nach seinem Herzinfarkt. Nachts stürzt er zu Hause zu Boden und bittet seine Frau noch, den Rettungswagen zu rufen, da er wieder einen Herzinfarkt befürchtet. Der Notarzt leistet schnelle Hilfe und macht alles, was gemacht werden muss – Herr P. ist außerordentlich dankbar. Im Krankenhaus werden Herzrhythmusstörungen festgestellt, und man rät Herrn P. zu einer Operation, bei der ihm ein Defibrillator eingesetzt werden soll. Diese Nachricht nimmt Herr P. sehr skeptisch auf, denn bei seiner Frau hat eine Hüftgelenks-OP zu massiven Komplikationen und einer Behandlungs-Odyssee geführt. Die Ärzte zeigen sich befremdet, dass Herr P. ihren Vorschlag abwehrt, und geben sich sichtlich Mühe, den Patienten zu überzeugen – gleich zwei Professoren klären ihn über die Vorteile eines solchen Gerätes auf. Herr P. bleibt aber fest entschlossen, es erst einmal ohne Gerät zu versuchen.

Nun, da Herr P. weiß, dass sein Herz geschwächt ist, nimmt er gerne das Angebot an, in Reha zu gehen. Die Krankenkasse schlägt ihm zusammen mit dem Krankenhaus einen Erholungsort vor.

Während der Reha entscheidet sich Herr P., seine Arbeit aufzugeben, um sich mehr um seine Frau kümmern zu können. Nach der Reha geht er nicht nur weiter regelmäßig zu seinem Hausarzt, sondern auch zu einem Kardiologen, den er als hochkompetent einschätzt und der alle wichtigen Geräte in der Praxis hat. Da sich beide Ärzte unterschiedlich zum Thema Defibrillator äußern, empfindet er seine Entscheidung gegen eine solche Maßnahme als die richtige.

Die Familie und Freunde spielen in der nachfolgenden Zeit eine herausragende Rolle für Herrn P. Er unternimmt Radtouren, die ihm das Gefühl geben, manchmal „mehr Puste“ zu haben. An guten Tagen fährt er sogar bis zum Naherholungsgebiet 20 Kilometer außerhalb der Stadt. Aber auch seine optimistische Einstellung und sein Credo, die Krankheit nicht in den Mittelpunkt zu stellen, helfen ihm, die zunehmenden Bewegungseinschränkungen in seinem Alltag hinzunehmen.

Im Winter 2012 erlebt Herr P. bei einer Abendveranstaltung, die er mit seiner Frau besucht, einen Zusammenbruch, den er als schrecklich empfindet. Zum Glück helfen ihm die Umstehenden, und ein Rettungswagen bringt ihn ins nächstgelegene Krankenhaus. Wieder geht es um eine Operation, die ihm nun auch sinnvoll erscheint angesichts der unzumutbaren Situationen, die ihm mit der Herzrhythmusstörung in der Öffentlichkeit widerfahren könnten.

Nach der OP wird ihm wieder eine Reha angeboten. Diesmal informiert sich der Patient im Internet über Möglichkeiten, während der Reha

zu Hause wohnen zu bleiben. Da Herr P. nicht mehrere Wochen weg sein will, wenn es seiner Frau schlecht geht, ist er sehr glücklich, als er im Süden der Stadt eine ambulante Reha entdeckt, die er problemlos mit dem Bus erreichen kann. Er merkt, dass er wieder zurück zu alten Kräften findet, und macht weiterhin seine Fahrradtouren. Der Defibrillator ängstigt ihn ein wenig – schließlich weiß er, dass es ihm nicht aus eigenen Stücken so gut geht, sondern nur dank der Technik. Die regelmäßigen Defi-Kontrollen im Universitätsklinikum seiner Stadt sind immer nur mit einer kurzen Wartezeit verbunden. Obwohl man dort den Eindruck gewinnen könnte, durchgeschleust zu werden, vertraut er dem Empfangsteam und den Ärzten sehr, vor allem, weil seine gesamte Krankheitsgeschichte im Computer erfasst ist und er trotz wechselnder Ärzte nicht immer alles neu erzählen muss.

Nachdem seine Ehefrau 2015 im Krankenhaus gestorben ist, wohnt Herr P. alleine zu Hause, seine Söhne sind beruflich und familiär in anderen Teilen Deutschlands eingebunden, besuchen ihn aber regelmäßig. Gerade bei solchen Besuchen merkt Herr P. häufig, dass ihm manche Belastungen zu viel werden, und auch die Radtouren be-

schränken sich zunehmend auf kürzere Routen. Sein kaputtes Knie macht es zusätzlich zu seinen Schlafproblemen schwierig, das Haus und den Garten in Schuss zu halten.

Da Herr P. es schade findet, dass heutzutage für ältere Menschen oft die Unterstützung im Haushalt fehlt, schließt er sich einer Selbsthilfegruppe an, bei der Menschen zusammenkommen, von denen einige noch größere Probleme mit der Versorgung – vor allem mit der Krankenkasse und den Pflegestufen – haben. Er mag die Gruppe, weil die Menschen dort ebenso wie er den Kopf nicht in den Sand stecken. Schließlich gebe es jeden Tag etwas Positives, und manchmal müsse man sich eben bemühen, sich an den eigenen Haaren aus dem Sumpf zu ziehen. Gemeinsam mit seinen Söhnen entschließt sich Herr P. dazu, später einmal in eine Seniorenwohnanlage umzuziehen. Einen Krankenhausaufenthalt wegen einer Lungenentzündung, die seinem Herzen stark zusetzt, nimmt er zum Anlass, 2016 tatsächlich aus seinem Haus auszuziehen. Die Wohnanlage sei für ihn praktisch, da er später, wenn er einmal wirklich alt sei, Besuch von einem Pflegedienst bekommen könne.

Behandlung und Versorgung bei Herzinsuffizienz

Für die frühzeitige Diagnose einer Herzinsuffizienz stehen dem Arzt oder der Ärztin eine Vielzahl an Untersuchungsmethoden zur Verfügung (z.B. Ultraschall des Herzens, Blutuntersuchung, EKG). Tatsächlich werden aber die typischen Symptome von vielen Menschen zunächst als Alterserscheinungen

missverstanden oder nicht ernst genommen, sodass sie häufig zunächst gar keine ärztliche Hilfe suchen. Möglicherweise stellen sie sich auch bei unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten vor. Günstiger für den Krankheitsverlauf ist es, wenn bei Verdacht auf Herzinsuffizienz frühzeitig zu einem Facharzt überwiesen wird, der dann konkrete Therapieansätze macht. Fast zwei Drittel aller neuen Diagnosen werden in einer Praxis und nicht im Krankenhaus gestellt. Unter allen niedergelassenen Ärzten stellten Hausärzte mehr Erstdiagnosen als Kardiologen.

Die Symptome werden von Patienten häufig zunächst als Alterserscheinungen gedeutet, wegen derer sie nicht gleich einen Arzt aufsuchen.

Ärztinnen und Ärzten stehen mehrere Therapiestrategien zur Verfügung. Da sich die Herzinsuffizienz aus einer oder mehreren Herz-Kreislauf-Erkrankungen entwickelt, wird zunächst versucht, die Krankheiten zu behandeln, die als Ursache für die Herzinsuffizienz identifiziert wurden. Leidet ein Patient beispielsweise an einer koronaren Herzkrankheit, können die verengten Herzkranzgefäße etwa durch Ballon-Katheterisierung mit eventuellem Einsatz einer Gefäßschiene (Stent) erweitert werden.

Nachdem die Grunderkrankung behandelt wurde, gilt es, die Symptome der Herzinsuffizienz zu lindern sowie die Wahrscheinlichkeit für auftretende Komplikationen zu minimieren, die Lebensqualität zu verbessern und akute, oft lebensbedrohliche Verschlechterungen (Dekompensationen) zu verhindern. Da solche Dekompensationen häufig durch grippale Infekte ausgelöst werden, spielen Gripeschutzimpfungen für viele Herzinsuffizienzpatienten eine Rolle.

Medikamente sind meist ein zentraler Behandlungsbaustein. Zum Beispiel werden Patienten mit Wassereinlagerungen häufig Medikamente verschrieben, die dem Gewebe das angesammelte Wasser entziehen (sog. Diuretika). Die Einnahme von Medikamenten wird individuell, vor allem nach Schweregrad der Herzinsuffizienz, Geschlecht und Begleiterkrankungen abgestimmt. Dabei ist häufig die Kombination von mehreren Medikamenten sinnvoll. Während bei der Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion eine medikamentöse Stufentherapie die Prognose von Betroffenen eindeutig verbessert, ist die Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung bei Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion noch nicht umfassend durch Studien gesichert.

Bei manchen Patienten mit Herzrhythmusstörungen senkt der Einsatz eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators das Risiko für eine lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung. Die Operation kann relativ unkompliziert erfolgen,

doch die Patientin oder der Patient und die Funktion des Geräts müssen in regelmäßigen Abständen untersucht und zum Beispiel in Herzinsuffizienzambulanzen nachbeobachtet werden.

Welche Therapie im Vordergrund steht, sollte zwischen den behandelnden Ärzten und dem Patienten oder der Patientin besprochen werden. Idealerweise ist sie unter anderem von den Zielen abhängig, die ein Patient selbst für sein Leben und seine Gesundheit formuliert. So kann zum Beispiel für manche älteren Patienten und Patientinnen mit schlechter Prognose die Qualität der verbleibenden Lebenszeit wichtiger sein als ihre Maximierung.

Da Menschen mit Herzinsuffizienz häufig von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen sind und entsprechend verschiedene Behandlungen bekommen, ist eine möglichst ganzheitlich gedachte Versorgung zielführend. In vielen Fällen sind nicht nur mehrere medizinische Fachgebiete an der Versorgung beteiligt (z.B. Allgemeinmedizin, Kardiologie, Nephrologie), sondern Patienten kommen auch mit unterschiedliche Versorgungswelten (z.B. Krankenhaus, Herzsport, Krankenkasse, Arztpraxis) und zahlreichen Personen in Kontakt. Wichtige Anlaufstellen der Versorgung sind zum Beispiel die Hausarztpraxis, die kardiologische Praxis, die Apotheke, die Ernährungsberatung, die Herzsportgruppe, die physiotherapeutische Praxis, der Pflegedienst oder eine psychologische Betreuung. Eine Vielzahl an Versorgungsangeboten kann für den Patienten oder die Patientin aber auch eine Überforderung bedeuten oder die Versorgung verkomplizieren, etwa dann, wenn Medikamente Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln zeigen.

Als ein Bestandteil der Therapie wird dem Patienten oder der Patientin empfohlen, selbst aktiv zu sein. Dazu gehört, sich gesund zu ernähren, die Flüssigkeitszufuhr und Veränderungen des Körpergewichts wegen möglicher Wassereinlagerungen im Auge zu behalten, körperlich aktiv zu sein und sich im Hinblick auf Symptome, aber auch eventuelle Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen von Medikamenten kontinuierlich selbst zu beobachten. Neben diesen Veränderungen täglicher Routinen sind oftmals Formalitäten zu erledigen, oder es muss mit der Krankenkasse

Die Wahl der Therapie kann sich nicht nur an wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auch an von Ärzten oder anderen Gesundheitsfachleuten und Patienten gemeinsam formulierten Zielen orientieren.

An der Versorgung sind die unterschiedlichsten Personen und Institutionen beteiligt, von der Apotheke bis hin zur psychologischen Betreuung.

kommuniziert werden. Möglicherweise müssen sich Patienten darüber hinaus mit medizinischer Technik (z.B. Defibrillatoren, Gesundheits-Apps) vertraut machen. Bei der Therapie selbst aktiv zu sein verlangt, dass Patienten sowohl Ansprechpartner für ihre körperlichen Beschwerden als auch für psychosoziale und psychische Belastungen suchen und die Kontakte aufrechterhalten. Ihre Beschwerden und Belastungen können das Initiieren solcher Kontakte erschweren. Den Patientinnen und Patienten kommt also große Verantwortung zu, wenn es darum geht, die Herzinsuffizienz zu managen.

Für Herzinsuffizienz-Patientinnen und -Patienten ist es besonders wichtig zu wissen, wann, wo und wie sie in akuten Situationen Hilfe bekommen. Bei akuter Dekompensation sind sie meist auf Notdienste angewiesen, die von ihnen selbst oder von ihrem Umfeld informiert werden. Häufig ist ein Krankenhausaufenthalt unumgänglich. Herzinsuffizienz ist der häufigste Grund für Krankenhauseinweisungen in Deutschland. Auch wenn sie schon häufiger im Krankenhaus waren, bleiben Aufenthalte dort außergewöhnliche Situationen, die oft Wendepunkte hinsichtlich der Therapie darstellen. Zum Beispiel, wenn ein medizinisches Gerät eingesetzt wird oder aufgrund von zusätzlichen Erkrankungen andere Medikamente verordnet werden.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus nach einer Dekompensation kommt es vor allem darauf an, dass der Patient mit den neuen Informationen und Eindrücken nicht unbegleitet in sein gewohntes Umfeld zurückkehrt. Er hat Anspruch auf eine Rehabilitation, die er in einer Rehabilitationsklinik oder einem wohnortnahen Rehabilitationszentrum antreten kann. Wenn der Weg für eine Anschlussbehandlung in der Reha geebnet oder Kontaktpersonen für ambulante – auch psychische – Versorgung vermittelt werden, ist die Gefahr geringer, dass ein Patient oder eine Patientin anschließend erneut ins Krankenhaus muss.

Patienten mit Herzinsuffizienz leiden häufiger an psychischen Erkrankungen als die Allgemeinbevölkerung. Besonders Depressions- und Angsterkrankungen sind verbreitet und erfordern eine angemessene Betreuung von Fachpersonen der Psychosomatik, Psychiatrie oder Psychotherapie. Diese Versorgung ist speziell dann wichtig, wenn

Das Management ihrer Krankheit ist für Herzinsuffizienz-Patienten eine tägliche Aufgabe – und mitunter auch eine Überforderung.

Je besser der Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung gelingt, desto weniger groß ist die Gefahr einer baldigen erneuten Krankenhauseinweisung.

die Herzinsuffizienz durch Suchterkrankungen hervorgerufen wurde oder wenn Menschen, die mit Antidepressiva behandelt werden, unerwünschte Wechselwirkungen mit der Herzinsuffizienzmedikation feststellen. Die Psychokardiologie geht davon aus, dass nicht nur ein schwaches Herz die Psyche belastet, sondern sich umgekehrt auch psychische Faktoren negativ auf die Herzfähigkeit auswirken können.

Die Einschreibung von Patienten und Patientinnen in ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) soll sie beim Managen ihrer Krankheit unterstützen. Ein solches Programm wird für die Herzinsuffizienz in Deutschland derzeit implementiert und für alle gesetzlich Versicherten künftig zugänglich sein. Es zielt darauf ab, als Brücke zwischen hausärztlicher und fachärztlicher (kardiologischer) Betreuung zu fungieren. Zu den Schwerpunkten des DMP gehört es, körperliche Aktivität der Patienten zu fördern, das Selbstmonitoring zu unterstützen oder die Patienten zum Beispiel in Bezug auf ihre medikamentöse Therapie zu schulen.

Bei manchen Patienten mit weit fortgeschrittener Herzinsuffizienz kann eine Herztransplantation die einzige Therapieoption darstellen. Auch der Einsatz eines Kunstherzens wird für solche Patienten mitunter erwogen. Dabei wird die Funktion des eigenen Herzens mechanisch unterstützt, zum Beispiel für die Dauer der Wartezeit auf ein Spenderherz. Sehr schwer an Herzinsuffizienz Erkrankte (terminale Herzinsuffizienz) haben meist – weil sie körperlich überhaupt nicht mehr belastbar sind – Bedarf an Pflege oder an palliativer Versorgung, etwa weil sie an massiver Luftnot leiden. Die palliative Versorgung umfasst Maßnahmen, die nicht mehr die eigentliche Krankheit therapieren, sondern darauf abzielen, Beschwerden

HERZINSUFFIZIENZ-NETZWERKE

Seit 2016 werden sogenannte Herzinsuffizienz-Netzwerke aufgebaut. Ihr Ziel ist es, eine Versorgung zu gewährleisten, die den Krankenhausaufenthalt und die Behandlung in niedergelassenen Praxen koordiniert. An dieser Schnittstelle fehlt bislang eine strukturierte Informationsübergabe, Therapien werden dadurch häufig nicht kontinuierlich fortgesetzt. Oder der Patient findet sich in der schwierigen Situation, Therapie-Umstellungen, die während des Krankenhausaufenthalt vorgenommen wurden, in seinen Alltag integrieren zu müssen. Die neugegründeten Netzwerke bestehen aus überregionalen Herzinsuffizienz-Zentren, -Schwerpunkt-kliniken und -Schwerpunktpraxen, die sich regional zusammenschließen. Eine zentrale Idee solcher Netzwerke ist die Ausbildung von Pflegekräften zu „Heart Failure Nurses“ und medizinischen Fachangestellten, also Arzthelfern und Arzthelferinnen, zu „HF-MFAs“.

Krankenkassen bieten auch für Menschen mit Herzinsuffizienz ein strukturiertes Behandlungsprogramm an, das die Koordination aller notwendigen Therapien verbessern soll.

und Leiden angesichts einer absehbaren Lebensdauer zu verringern. Auch Patienten mit einem implantierten Defibrillator müssen sich mit Fragen des Lebensendes auseinandersetzen. Etwa damit, ob der Defibrillator möglicherweise vor dem Tod deaktiviert werden soll, wenn dieser die Sterbephase durch Abgabe von Elektroschocks unerwünscht verlängern würde.

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Überblick

Die psychische Gesundheit unterliegt Schwankungen, und es können – vor allem nach einschneidenden Erlebnissen – immer wieder Belastungen auftreten, die durchaus großen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit im Alltag nehmen können. Von einer psychischen Erkrankung spricht man aber erst dann, wenn bestimmte Symptome über einen bestimmten Zeitraum vorhanden sind und wenn ein Psychotherapeut oder ein Arzt eine entsprechende Diagnose gestellt hat. Die Grenzen zwischen einer behandlungsbedürftigen Krankheit und einem Zustand, in dem „man sich nicht gut fühlt“, verlaufen fließend.

Zu den psychischen Erkrankungen gehören affektive Störungen (wie Depressionen), somatoforme Störungen (gekennzeichnet durch unklare körperliche Symptome), Psychosen (wie Schizophrenie), Essstörungen (wie Bulimie oder Magersucht), Angststörungen (wie Panik, Phobien oder eine generalisierte Angststörung), die posttraumatische Belastungsstörung und Suchterkrankungen. Manchmal wird auch die Demenz dazugezählt.

Die drei häufigsten psychischen Erkrankungen hierzulande sind Angststörungen, affektive Störungen und Suchterkrankungen. Fast jeder zweite Betroffene leidet unter mehr als einer psychischen Störung. Am häufigsten ist die Kombination aus Angststörungen und einer affektiven Erkrankung (wie einer Depression).

Mit dem Begriff „affektive Störung“ ist gemeint, dass die Stimmung und der Antrieb eines Menschen so verändert sind, dass eine Teilhabe am Leben schwerfällt. Eine somatoforme Störung ist durch ein oder mehrere körperliche Symptome gekennzeichnet, die sich nicht mit einer körperlichen Erkrankung erklären lassen, aber für die Betroffenen mit großem Leid und Schwierigkeiten im Alltag einhergehen.

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen Angststörungen und Depressionen. Aber auch Suchterkrankungen sind weit verbreitet.

Behandlungen und Krankheitstage aufgrund von psychischen Erkrankungen nehmen in Deutschland zu. Ein Erklärungsansatz hierfür ist, dass es eine verstärkte Aufmerksamkeit hinsichtlich psychischer Erkrankungen sowohl in der Bevölkerung als auch innerhalb der Ärzteschaft gibt. Auch geht man davon aus, dass die gesellschaftlichen Vorurteile allmählich abnehmen. Beides führt dazu, dass psychische Erkrankungen häufiger erkannt, diagnostiziert und behandelt werden. Dennoch muss man davon ausgehen, dass die Dunkelziffer nach wie vor groß ist. Denn meist beruhen Schätzungen der Zahl psychisch Erkrankter auf Studien (z. B. Befragungen), bei denen bestimmte Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund oder Pflegeheimbewohner ausgeschlossen sind. Man nimmt an, dass gerade in Pflegeheimen die Dunkelziffer besonders hoch und die Diagnostik schwierig ist.

Wenn man in Befragungen nach einer psychischen Erkrankung in den letzten 12 Monaten fragt, geben ca. 30 Prozent der Frauen und 20–25 Prozent der Männer an, davon betroffen gewesen zu sein. Bei Frauen überwiegen dabei Angststörungen und affektive Störungen; bei Männern Angststörungen und Störungen durch Missbrauch von Alkohol und/oder Medikamenten. Der prozentuale Unterschied zwischen den Geschlechtern wird u.a. damit erklärt, dass Frauen eher über ihre Symptome reden, sich eher in Behandlung begeben und folglich ihre psychischen Störungen häufiger erkannt und diagnostiziert werden. Frauen sind außerdem durchschnittlich sozial immer noch schlechter gestellt als Männer, was das Risiko für psychische Erkrankungen per se steigert.

Junge Erwachsene im Alter von 18 bis 34 Jahren leiden am häufigsten unter psychischen Erkrankungen (ca. 37 Prozent), mit zunehmendem Alter nimmt dieser Anteil ab. Wenn die psychische Erkrankung in jungen Jahren beginnt und chronisch verläuft, sinken die Chancen auf eine Ausbildung, einen Arbeitsplatz und eine eigene Wohnung, auch aufgrund von gesellschaftlicher Stigmatisierung. Umgekehrt können diese Faktoren eine psychische Erkrankung verstärken oder sogar erst auslösen.

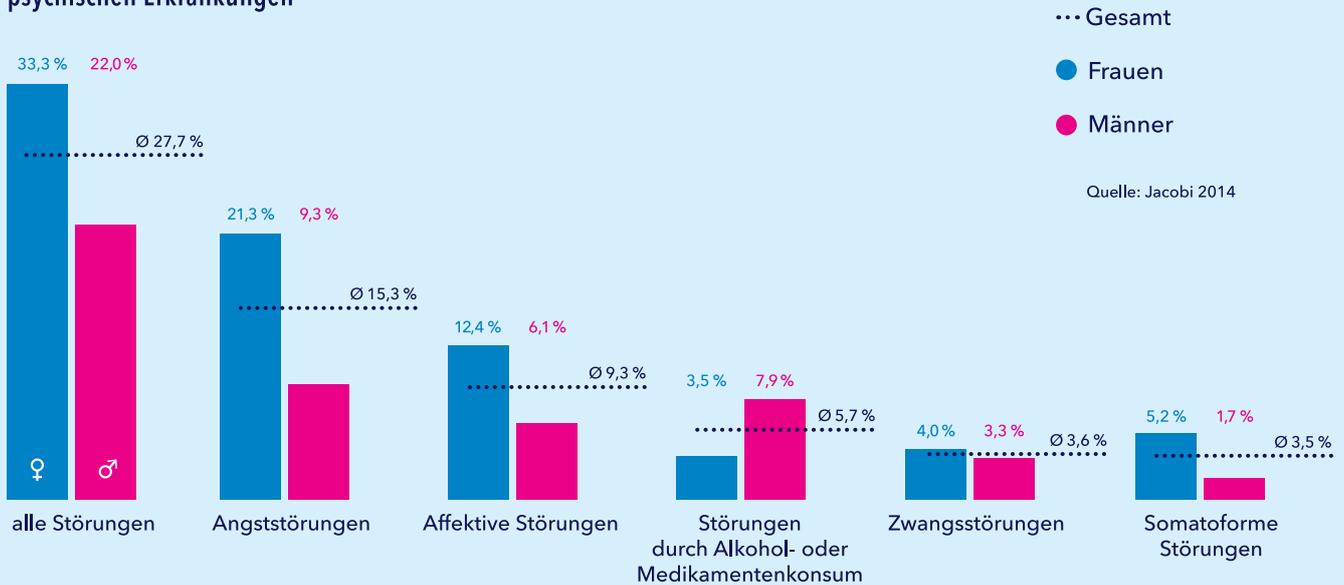
BEGRIFFSKLÄRUNG

In der Klassifikation von Diagnosen (ICD-10) ist von psychischen „Störungen“ die Rede, was auf den fließenden Übergang von Störung und Krankheit verweist. Auch sprechen manche von „psychischen“ oder von „psychiatrischen“ Krankheiten. Innerhalb dieses Kapitels unseres Reports wird kein Unterschied zwischen diesen Begriffen gemacht.

Wie viele Menschen in Deutschland an einer psychischen Erkrankung leiden, ist nicht genau bekannt, weil z. B. über Menschen in Pflegeheimen oder sozial benachteiligte Personen kaum gesicherte Erkenntnisse vorliegen.

In Deutschland ist jeder Dritte bis Vierte von einer psychischen Erkrankung betroffen.

DIE FÜNF HÄUFIGSTEN psychischen Erkrankungen



STIGMATISIERUNG DER DEPRESSION IM SPIEGEL DER GESCHICHTE

In früheren Jahrhunderten wurden psychisch Kranke zusammen mit Behinderten, Armen und Kriminellen in Armen-, Zucht- und „Tollhäusern“ untergebracht. Sie galten als gesellschaftlich unbrauchbar und störend.

Im 19. Jahrhundert wurden staatliche Heil- und Pflegeanstalten zur Behandlung psychisch Kranker gegründet. Auch hier erfolgte eher eine Verwahrung und Ausgrenzung aus der Gesellschaft. Nur Behörden und die Polizei konnten Menschen unter Verweis auf deren „Gemeingefährlichkeit“ in solche Anstalten einweisen.

Die Nationalsozialisten ermordeten ca. 70 000 Psychiatriepatienten und Heimbewohner. Zudem wurden psychisch Kranke zwangssterilisiert.

Bis in die 70er-Jahre hinein erfolgten noch ca. 40 Prozent aller Einweisungen in die Psychiatrie gegen den Willen der Betroffenen. Oft wurden sie entmündigt, um Klinikeinweisungen bei Selbstgefährdung zu legalisieren. Auch heute kann jemand noch gegen seinen oder ihren Willen auf eine „geschlossene“ Station aufgenommen werden, wenn eine Gefährdung des eigenen oder fremden Lebens zu befürchten ist.

Die zunehmende Präsenz „berühmter“ Personen und insgesamt von Menschen, die sich mit ihrer Depression nicht verstecken, könnte zur allmählichen Enttabuisierung des Themas beitragen. Anders ergeht es immer noch Menschen, die an Schizophrenie leiden. Sie sind auch heute noch stark stigmatisiert.

Folgen psychischer Krankheit

Menschen mit psychischen Störungen kommen nicht nur häufiger mit dem Gesundheitssystem in Berührung, sondern haben auch eine geringere Lebenserwartung als die Allgemeinbevölkerung. Das hängt damit zusammen, dass psychische und körperliche Funktionen sich gegenseitig beeinflussen. Insbesondere Depressionen treten oft gemeinsam mit schweren oder chronischen körperlichen Beschwerden auf. So ist die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer Depression oder einer Angststörung zu erkranken, bei körperlich Kranken mit etwa 40 Prozent deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Zu den körperlichen Erkrankungen, die häufig mit einer Depression zusammen auftreten, gehören chronische Schmerzen, Diabetes, Epilepsien, HIV-Infektion, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Krebs, koronare Herzerkrankung, Parkinson'sche Krankheit und Schlaganfall.

Sind die kognitiven Fähigkeiten oder der Antrieb als Folge einer psychischen Erkrankung beeinträchtigt, schränkt das die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen oft massiv ein. Dies zeigt sich am Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage und Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Die Fehltagelast hat sich seit 2008 um fast 70 Prozent zugenommen. 2017 wurden 11 Prozent der

WECHSELWIRKUNGEN KÖRPERLICHER UND SEELISCHER ERKRANKUNGEN

Wechselwirkungen zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen können in beide Richtungen stattfinden. So können körperliche Erkrankungen eine Depression auslösen, z. B. kann eine Schilddrüsenunterfunktion der Grund für eine depressive Episode sein. Eine Depression entwickelt sich mitunter aber auch als psychische Reaktion auf eine körperliche Erkrankung. Auch können Medikamente, die bei körperlichen Erkrankungen eingesetzt werden, Depressionen auslösen, z. B. Betablocker.

Andersherum begünstigt eine Depression z. B. die Chronifizierung von Rückenschmerzen und beeinflusst die Prognose körperlicher Erkrankungen negativ. Die Behandlung der Depression mit Arzneimitteln kann wiederum zu belastenden körperlichen Nebenwirkungen wie Müdigkeit und Gewichtsveränderungen führen. Bei einigen körperlichen Begleiterkrankungen dürfen manche Arzneimittel zur Behandlung von Depressionen nicht eingesetzt werden, z. B. bei bestimmten Herzrhythmusstörungen.

Arbeitsunfähigkeitstage durch eine psychische Erkrankung verursacht. Die durchschnittliche Dauer der Krankschreibung betrug dabei 26 Tage je Fall. Im Laufe der letzten Jahre zeigte sich folgender Trend: Es werden immer mehr Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen krankgeschrieben, die Krankschreibung dauert länger, und die Betroffenen werden früher berentet.

Psychisch Erkrankte sind oft in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, etwa in der Arbeitswelt.

Eine Folge psychischer Erkrankungen ist manchmal auch der Freitod oder ein Suizidversuch: Im Jahr 2017 wurden 9235 Selbsttötungen gezählt. Gerade im Bereich der Suizide ist die Dunkelziffer allerdings sehr hoch. Unter der Todesursache „Verkehrsunfall“ befindet sich sicher der eine oder andere Suizid. Auch Todesbescheinigungen spiegeln nicht immer die Selbsttötung wider, z. B. bei Menschen, die nach einem Suizidversuch in einer Klinik sterben.

Bis zu 90 Prozent aller Selbsttötungen lassen sich auf psychische Erkrankungen zurückführen. Das durchschnittliche Lebensalter der Suizidenten liegt bei 57 Jahren, und das Risiko für einen Suizid steigt mit dem Alter, gerade in der männlichen Bevölkerung. Durch die kognitiven und emotionalen Folgen der psychischen Erkrankung können die Patienten in ihrer Entscheidungsfähigkeit massiv beeinträchtigt sein. Besteht aufgrund der psychischen Erkrankung Gefahr für Gesundheit oder Leben der eigenen Person oder anderer, können die Betroffenen auch gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik untergebracht werden, um sie selbst oder die öffentliche Sicherheit zu schützen und um ihnen medizinische Hilfe zuteil werden zu lassen. Etwa neun Prozent aller psychiatrischen Krankenhausfälle jährlich sind solche „Unterbringungsverfahren“.

Bei psychischen Erkrankungen muss auch eine mögliche Gefährdung der eigenen Person oder anderer im Blick behalten werden.

Behandlung psychisch Erkrankter

Obwohl sich nur etwa jeder Fünfte Betroffene in Behandlung begibt, hat die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens aufgrund psychischer Erkrankungen über die letzten Jahrzehnte stark zugenommen. So lassen sich etwa 40 bis 50 Prozent der Menschen, die unter Angst- oder affektiven Störungen oder Psychosen leiden, ärztlich behandeln. Bei Patienten mit Essstörungen und Abhängigkeitserkrankungen sind es nur zwischen 10 und 25 Prozent. Frauen suchen häufiger Hilfe als Männer, Arbeitslose häufiger als Erwerbstätige. Ältere

Menschen begeben sich am seltensten in Behandlung ihrer psychischen Beschwerden.

Etwa 80 Prozent der psychisch Erkrankten werden ausschließlich hausärztlich betreut, und es werden ca. 60 Prozent der an einer Depression Erkrankten vom Hausarzt diagnostiziert. Etwa jeder zehnte Patient einer durchschnittlichen Hausarztpraxis hat auch die Diagnose einer Depression in seiner Krankenakte.

Neben Hausärzten und -ärztinnen sind auch niedergelassene Fachärzte oder -ärztinnen für psychische Erkrankungen zuständig. Das können Psychiater, Neurologen und Nervenärzte sowie Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sein. Auch psychologische Psychotherapeuten, das heißt Psychologen mit einer Zusatzqualifikation für die Durchführung von Psychotherapie, kommen für die Behandlung infrage.

Eine wichtige Unterscheidung, die Patienten und ihre Angehörigen kennen sollten, ist die zwischen den verschiedenen Therapieverfahren. Momentan werden vier Psychotherapieverfahren von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt: die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte sowie die analytische Psychotherapie und die systemische Therapie. Diese unterschiedlichen Formen gehen von unterschiedlichen theoretischen Annahmen aus und mit unterschiedlichen Verfahrenswegen einher. Letzteres führt auch dazu, dass eine unterschiedliche Anzahl an Stunden von den Krankenkassen bezahlt wird. Eine Psychotherapiestunde dauert 50 Minuten; je nach Therapieform und Notwendigkeit gehen Patienten und Patientinnen einmal oder mehrmals in der Woche zur Therapie. Bei einer fortgeschrittenen Therapie wird diese Frequenz meist geringer.

Ein besonderes Problem bei der Suche nach einer Psychotherapie ist die Wartezeit auf den Behandlungsbeginn. Bis zum ersten Gespräch bei einem Psychotherapeuten mussten sich Patientinnen und Patienten im Durchschnitt 12,5 Wochen gedulden, als es noch keine zusätzlichen Sprechstunden für ein erstes Gespräch gab. Auch heute warten Patientinnen und Patienten fast sechs Wochen auf das erste Gespräch bei einem Psychotherapeuten. Bis zum Beginn der Therapie vergehen im Durchschnitt dann noch einmal rund 20 Wochen. Diese Wartezeiten stellen eine erhebliche Belastung für die Patientinnen

Je nach Erkrankung nehmen Patienten das Gesundheitssystem unterschiedlich in Anspruch: Menschen mit Sucht- und Essstörungen finden den Weg in eine Behandlung oft nicht.

Die meisten Menschen, die sich wegen psychischer Probleme in Behandlung begeben, werden ambulant behandelt, oft hausärztlich.

und Patienten dar und können zu einer Verschlimmerung und zur Chronifizierung der Erkrankung beitragen. Sie können sogar dazu führen, dass Patienten stationär behandelt werden, obwohl eigentlich eine ambulante psychotherapeutische Therapie ausreichend wäre. Oder dazu, dass Patienten gar nicht behandelt werden, da sie die Suche nach einem geeigneten Therapeuten entmutigt aufgeben. Zusätzlich zur generellen Wartezeit ist eine Ungleichverteilung von Psychotherapeuten auf Stadt und Land zu beobachten. In Großstädten sind etwa neunmal so viele zugelassen wie in ländlichen Regionen. Zum Vergleich: Gynäkologen und Internisten sind in Großstädten nur etwa zwei- bis dreimal so viele zugelassen wie auf dem Land.

Psychisch Erkrankte müssen häufig lange auf eine Psychotherapie warten, insbesondere Menschen, die auf dem Land leben.

Stationär werden psychisch Erkrankte in Fachkliniken für Psychiatrie oder Psychosomatik, in psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern oder Universitätskliniken sowie in Tageskliniken versorgt. Auch in Rehabilitationseinrichtungen werden viele Patienten behandelt. Die häufigsten Behandlungsdiagnosen im stationären Bereich sind Suchterkrankungen und affektive Erkrankungen.

In Rehakliniken sind psychisch Erkrankte mit einem Anteil von 15 Prozent die zweitgrößte Patientengruppe nach den Menschen mit muskuloskelettalen Erkrankungen. Die häufigsten Anlässe für eine psychische Rehabilitation stellen Depressionen, somatoforme Störungen sowie alkoholbedingte Störungen dar. Anders als bei körperlichen Erkrankungen verfolgen Rehabilitationsmaßnahmen die gleichen Ziele wie eine psychiatrische oder psychosomatische Behandlung im Krankenhaus und bauen nicht – wie bei körperlichen Erkrankungen – mit unterschiedlicher Zielsetzung auf der Vorbehandlung auf. Rehabilitationsaufenthalte werden im Gegensatz zu Aufenthalten in einem Krankenhaus nicht von einer Krankenkasse bezahlt, sondern von den Rentenversicherungen. Das kann zu unterschiedlichen Bedingungen führen, wenn Patienten und Patientinnen Therapien in einer Rehabilitationsklinik in Anspruch nehmen, obwohl die Therapie grundsätzlich die gleichen Ziele wie eine stationäre Therapie verfolgt.

Weitere Anlaufstellen für psychisch erkrankte Menschen im ambulanten Sektor sind die sogenannten Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) sowie die psychosomatischen Ambulanzen. Insgesamt gibt es ca. 450 dieser Ambulanzen, die immer an eine Klinik oder eine Universität angeschlossen sind. Einige dieser Ambulanzen dienen als erste Anlaufstelle für Diagnostik und beraten zu

passenden Behandlungsangeboten, andere bieten selbst Behandlung an. Ziel der Behandlung in einer solchen Institutsambulanz ist es unter anderem, stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Dies soll erreicht werden durch eine zeitliche und personelle Kontinuität in der Versorgung: Das gleiche Behandlungsteam, das den Patienten in der Institutsambulanz betreut hat, ist auch während eines stationären Aufenthaltes zuständig und umgekehrt. So soll der sonst gezwungenermaßen stattfindende Therapeutenwechsel vom ambulanten zum stationären Bereich und zurück entfallen.

Eine Behandlung in einer Klinik wird von der Krankenkasse oder der Rentenversicherung bezahlt.

Für manche Patientinnen und Patienten kommt auch eine teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik infrage. Die Patienten sind tagsüber in der Klinik, über Nacht und am Wochenende jedoch zu Hause. Vorteil ist, dass sie ihr gewohntes Umfeld nicht verlassen müssen und in der Klinik gelernte Verhaltensweisen schneller in die Praxis umsetzen können.

Insbesondere Menschen mit schweren, chronischen psychischen Erkrankungen benötigen zusätzlich zur medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung weitere Unterstützungsmaßnahmen, um ihnen eine Teilhabe am gesellschaftlichen, beruflichen und sozialen Leben zu ermöglichen. Diese Aufgabe wird in Deutschland von vielen unterschiedlichen Akteuren des außerklinischen wohnortnahen Bereichs übernommen. Dazu gehören z.B. sozialpsychiatrische Dienste und psychosoziale Beratungsstellen. Sie bieten niedrigschwellige Beratung und Betreuung, Unterstützung in Krisensituationen, ambulante Ergo- und Physiotherapie, ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie an und sind idealerweise in kommunalen Netzwerken mit engem Kontakt zu den psychiatrischen Kliniken organisiert. Die Vernetzung und Kooperation dieser gemeindenahen psychiatrischen Versorgung mit den psychiatrischen Kliniken und ambulanten Behandlern gestaltet sich häufig jedoch aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungen der einzelnen Bereiche schwierig und ist meist abhängig vom Engagement der einzelnen Beteiligten.

Tageskliniken bieten an, Erkrankte tagsüber zu betreuen. Abends gehen die Patienten nach Hause.

WER BEHANDELT PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN? EINIGE ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNGEN

Das Therapieangebot in Deutschland ist für Patientinnen und Patienten nicht leicht zu durchschauen. So verbergen sich hinter den Wörtern „Psychotherapie“ oder „Therapie“ sehr unterschiedliche Qualifikationen und Ansätze der Behandelnden und unterschiedliche Möglichkeiten der Kostenübernahme durch die Krankenkasse. „Psychotherapeut“ ist ein gesetzlich geschützter Titel, der an eine mehrjährige, staatlich geregelte Ausbildung gebunden ist. Diese Ausbildung besteht immer aus einem Theoriestudium sowie der – je nach Therapierichtung unterschiedlich intensiven – Auseinandersetzung mit der eigenen Person, der sogenannten Selbsterfahrung. Teil der Ausbildung ist immer die Arbeit mit Patienten, die schwere psychische Probleme haben. Die Ausbildung zum Psychotherapeuten für Erwachsene dürfen nur Psychologen und Ärzte absolvieren, die zum Kinder- und Jugendtherapeuten auch (Sozial-)Pädagogen und Sozialarbeiter.

Eine Ausbildung zum Psychotherapeuten erhalten im Rahmen ihrer Facharzt-Weiterbildung automatisch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (bis 2003: Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin) und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie.

Niedergelassene Psychologen mit Psychotherapieausbildung heißen „Psychologische Psychotherapeuten“, niedergelassene Ärzte mit Psychotherapieausbildung „Ärztliche Psychotherapeuten“. Psychologische Psychotherapeuten diagnostizieren und behandeln psychische

Erkrankungen und können ihre Tätigkeit über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Sie dürfen aber keine Medikamente verschreiben, sondern arbeiten vor allem mit therapeutischen Gesprächen. Wenn zusätzlich zur Psychotherapie eine medikamentöse Behandlung sinnvoll erscheint, muss ein Arzt hinzugezogen werden.

Weitaus weniger geregelt verhält es sich mit der nicht geschützten, d.h. nicht staatlich geregelten Bezeichnung „Psychotherapie“, die nicht an eine Ausbildung geknüpft ist. Diese Bezeichnung verwenden unter anderem Heilpraktiker, deren Ausbildung sehr viel weniger umfangreich und spezifisch ist und keine Selbsterfahrung beinhaltet. Auch Ärzte, Sozialpädagogen oder Coaches bieten Therapie oder „Psychotherapie“ an, ohne dass es sich bei ihnen um Psychotherapeuten handelt. Für Patientinnen und Patienten gilt es, genau darauf zu achten, welche Qualifikation ein Anbieter mitbringt und inwieweit die Krankenkasse für dessen Therapien aufkommt.

Das heißt nicht, dass manche Therapien generell keine Bedeutung für Patienten haben; sie sollten aber nicht mit einer Behandlung durch einen Psychotherapeuten verwechselt werden.

Ein weiterer Aspekt, der bei der Versorgung psychisch Erkrankter eine wichtige Rolle spielt, ist die soziale Unterstützung. Ein einfühlsamer Hausarzt, eine Seelsorgerin oder ein Seelsorger oder eine Selbsthilfegruppe können von entscheidender Bedeutung für Patienten sein; um „Psychotherapie“ im engeren Sinne handelt es sich dabei aber nicht.

Depression

Depressionen machen sich durch eine deutlich gedrückte Stimmung, Interesse- und Antriebslosigkeit bemerkbar. Erst wenn diese Symptome über mindestens zwei Wochen bestehen, spricht man von einer Depression. Zusätzlich können die Patienten auch ein vermindertes Selbstwertgefühl, Konzentrationsstörungen, Schuldgefühle, Pessimismus, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Nervosität plagen. Manchmal leiden die betroffenen Personen nur oder zusätzlich an unterschiedlichen körperlichen Beschwerden wie Schlafstörungen, Appetitverlust, Schmerzen oder Erschöpfung. Schwerere Depressionen sind oft von Suizidgedanken begleitet. Die Einteilung des Schweregrads in leicht, mittel und schwer hängt von der Anzahl und einem bestimmten Muster der genannten Symptome ab. Eine einzelne depressive Episode kann wenige Wochen oder bis zu zwei Jahre dauern, vor allem, wenn sie nicht behandelt wird.

Eine depressive Episode dauert meist mindestens zwei bis drei Monate.

Depression in Zahlen

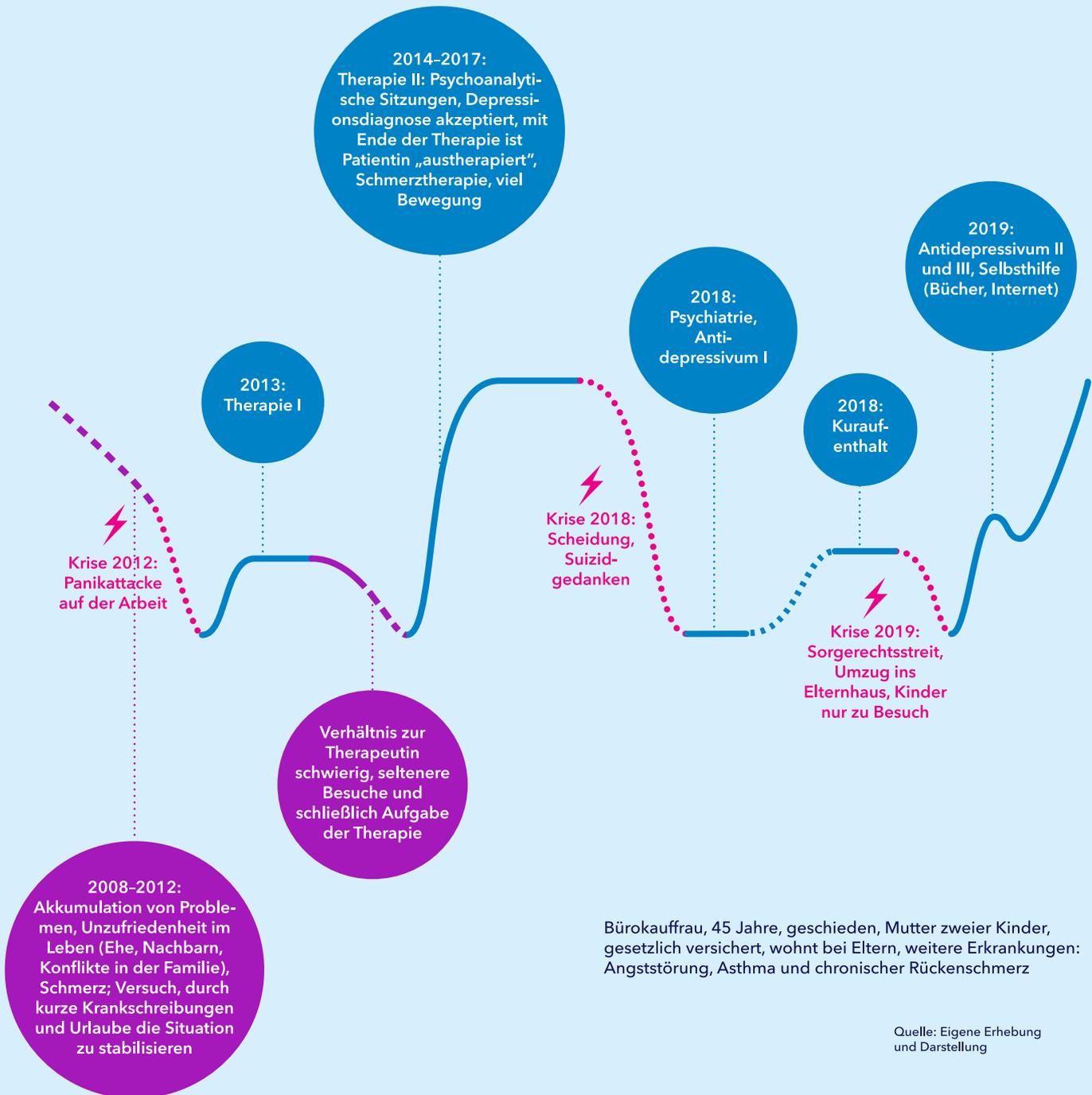
Eine Depression kann als einmalige depressive Episode mit vollständiger oder unvollständiger Besserung auftreten; sie kann sich aber auch wiederholen. Man spricht dann von „rezidivierend“. Je öfter depressive Episoden bei einer Person aufgetreten sind, desto höher ist das Rückfallrisiko, das heißt die Wahrscheinlichkeit für eine nächste Episode. Dieses Risiko beträgt nach einer einmaligen Episode schon ca. 50 Prozent, nach zwei Episoden ca. 70 Prozent und nach drei Episoden sogar ca. 90 Prozent. Jugendliche und ältere Menschen haben ebenfalls ein erhöhtes Rückfallrisiko. Die Hälfte der Betroffenen erlebt die erste Episode vor dem 30. Lebensjahr.

Depressionen sind eine häufig auftretende Erkrankung. Eine bundesweite Umfrage zeigte, dass etwa zwölf Prozent der Befragten im Laufe ihres Lebens mindestens einmal von einer depressiven Symptomatik betroffen waren, Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer. Die starke Geschlechterungleichheit hat im Laufe der letzten Jahre etwas abgenommen. Insbesondere bei jungen Erwachsenen im Alter von 20 bis 29 Jahren hat sich der Geschlechterunterschied in der letzten Dekade abgeschwächt. Womöglich zeigt sich hier eine wachsende Bereitschaft der (jüngeren) Männer, bei psychischen Problemen professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Verlauf der Depression

LEBEN MIT DEPRESSION:

ein beispielhafter Verlauf



FALLBERICHT DEPRESSION

Als Frau K. etwa Mitte 30 ist, häufen sich Probleme in ihrem Leben und Alltag. Ständig gilt es für die zweifache Mutter große Konflikte mit den Nachbarn sowie in der erweiterten Familie zu bewältigen. Zusätzlich spürt Frau K. zunehmende Unzufriedenheit in der Ehe. Nach einem Bandscheibenvorfall leidet die Patientin unter starken Schmerzen. Als Bürokauffrau tätig, war sie immer gerne zur Arbeit gegangen. Nun jedoch lässt sie sich häufig krankschreiben und versucht ganz schlechte Tage zu überbrücken, indem sie Urlaub nimmt. Sie fühlt sich dann nicht in der Lage, an ihren Arbeitsplatz zu fahren.

Im Jahr 2012 erlebt Frau K. eine heftige Panikattacke auf der Arbeit, die Kollegen rufen sogar den Notarzt. In der Notaufnahme zeigt sich, dass ihr Herz in Ordnung ist. Auch ihr Asthma scheint nicht der Auslöser für die Luftnot zu sein, die sie immer wieder ereilt. Von ihrer Depression erfährt Frau K. erstmals zwei Jahre nach dieser Panikattacke, als sie sich eigentlich wegen einer Angststörung behandeln lässt. Als Frau K. 45 Jahre alt ist, resümiert sie, dass sie wohl schon in ihrer Jugendzeit unter Antriebslosigkeit gelitten hat und auch Ängste entwickelte, die in ihrem familiären Umfeld nicht ernst genommen wurden. Sie glaubte viele Jahre, dass die Luftnot, die sie bei großer Angst verspürte, von ihrer Asthma-Erkrankung herrührte.

Eine gute Freundin rät ihr, in Kur zu gehen, um von der Arbeit Abstand zu gewinnen. Frau K. würde gerne eine Kur machen, weiß jedoch nicht, ob das bei ihrer Arbeit und in ihrem Alter überhaupt geht. Außerdem muss sie sich um die

Kinder kümmern. So sucht Frau K. eine Psychotherapeutin in ihrer Nachbarschaft auf, bei der sie nach dreimonatiger Wartezeit einen Therapieplatz erhält. Über Psychotherapie hatte sie schon viel Gutes gehört. Schon nach den ersten Sitzungen merkt Frau K. aber, dass die Therapie ihr nicht guttut. Das Verhältnis zur Therapeutin gestaltet sich zunehmend schwierig. Die Patientin sagt immer wieder Termine ab und bricht nach wenigen Wochen die Therapie ab. Es vergeht ein ganzes Jahr, bis sie sich entschließt, einen weiteren Versuch zu wagen. Diesmal informiert sie sich vorher bei ihrer Krankenkasse und fragt nach Adressen von Therapeuten. Da sie den Eindruck hat, dass es dort niemanden gibt, der sich wirklich auskennt, telefoniert sie wieder Therapeuten ab und empfindet es als großes Glück, schließlich bei einem Psychoanalytiker eine Therapie anfangen zu können. Die Therapie ist ein voller Erfolg, Frau K. gewinnt neuen Lebensmut. Viel Zeit für sich – Frau K. arbeitet in dieser Zeit nicht in ihrem Beruf – und das regelmäßige Walken, das durch eine zwischenzeitliche Rücken-OP wieder möglich ist, geben ihr das Gefühl, wieder voll im Leben zu stehen. Zu Beginn dieser Therapie erhält die Patientin erstmals die Diagnose „Depression“.

Frau K. hätte die Therapie gerne weitergemacht, aber die Krankenkasse kommt nicht für weitere Therapiestunden auf. Eigentlich fühlt sie sich auch stabil und kann das Familienleben wieder mehr genießen und mitgestalten. Als sich jedoch ihr Mann 2018 plötzlich von ihr trennt und die Eheleute sich scheiden lassen, wächst Frau K. alles über den Kopf. Sie gerät erneut in eine

Krise, in der sie Selbsttötungsgedanken entwickelt. Sie stellt fest, dass ihr ehemaliger Therapeut umgezogen ist und sucht daher Hilfe in der Universitätsklinik der nahegelegenen Großstadt. Es beginnt ein psychiatrischer Aufenthalt, und Frau K. erhält ein Antidepressivum. Der Kontakt zu ihrer Familie ist in dieser Zeit nicht möglich, da die Sorge um und die Gedanken an ihre Kinder sie überfordern. Ein längerer Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik schließt sich an, und die Patientin erlebt wieder Phasen der Besserung.

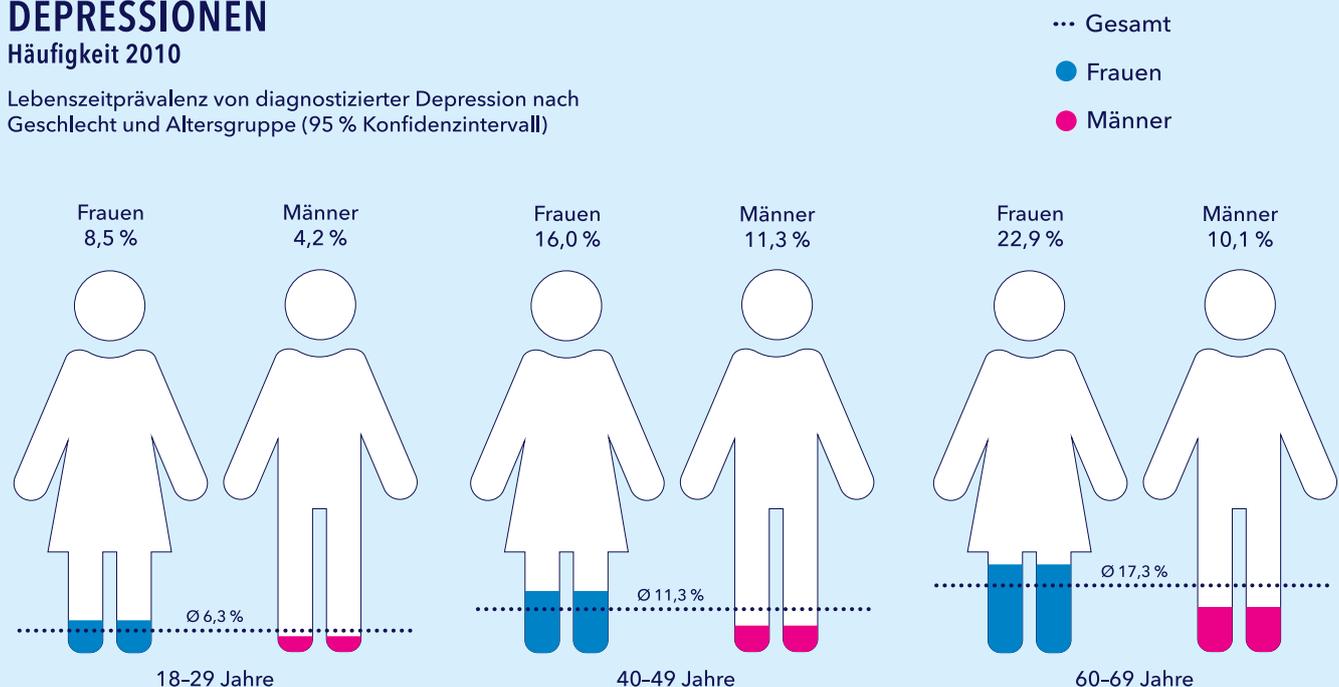
Nach der Entlassung kann sich Frau K. nicht vorstellen, wieder in ihr altes Leben zurückzukehren, und nimmt jede Hilfe an. So zieht sie zurück zu ihren alten Eltern. Die räumliche Trennung von ihren Kindern, die beim Vater wohnen, belastet Frau K. sehr. Aber sie bemerkt nach den Besu-

chen ihrer Kinder auch immer, wie erschöpft sie danach ist. Die Androhung eines Sorgerechtsstreits lässt sie an manchen Tagen verzweifeln. An anderen Tagen fasst sie Mut. Verschiedene antidepressive Medikamente, die ihr verordnet werden, schlagen irgendwann an, und sie merkt, dass ihre Depression sie über längere Zeiträume und sogar Wochen loslässt. Ob sie noch einmal einen Kuraufenthalt beantragen wird, weiter in der Tagesklinik betreut wird oder nochmal in die Psychiatrie geht, weiß Frau K. noch nicht. Für sie steht aber fest: Sie möchte wieder auf eigenen Beinen stehen und weiß, dass dies wahrscheinlich nur mit den richtigen Medikamenten gehen wird. Mit Unterstützung ihrer Eltern informiert sie sich auch im Internet und in Büchern über Depression und Selbsthilfeangebote.

DEPRESSIONEN

Häufigkeit 2010

Lebenszeitprävalenz von diagnostizierter Depression nach Geschlecht und Altersgruppe (95 % Konfidenzintervall)



Quelle: Busch 2013

Behandlung und Versorgung bei Depression

Nicht alle Depressionen werden gleich als solche erkannt. Die Antriebslosigkeit und das Gefühl, selbst mit der schlechten Stimmung fertig werden zu müssen, verhindern bei vielen Betroffenen zunächst den Gang zum Arzt. Doch selbst wenn sie einen Arzt aufsuchen, kann es sein, dass bei der Diagnose eher die körperlichen Symptome im Vordergrund stehen oder nicht alle Kriterien erfüllt sind, um eine Depression sicher diagnostizieren zu können.

Erste Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme ist für die meisten Menschen die hausärztliche Praxis. Hausärzte und -ärztinnen sind also häufig die ersten, die mit den Symptomen konfrontiert werden und eine Diagnose stellen. Aber nicht alle hausärztlichen Patienten bekommen gleich die Diagnose „Depression“ und eine depressionsspezifische Behandlung. Mitunter kann gerade beim ersten Auftreten entsprechender Beschwerden tatsächlich auch erst einmal abgewartet werden, wie sich die Symptome entwickeln.

Die eigentliche Behandlung der Depression bei einem Haus- oder Facharzt bzw. in einer Klinik oder Institutsambulanz unterscheidet sich nicht von den Behandlungsoptionen anderer psychischer Erkrankungen. Weitere Behandlungsmethoden, die spezifisch zur Therapie der Depression angewendet werden können, sind die Lichttherapie (Licht mit hoher Beleuchtungsstärke bei Winterdepression), Schlafentzugstherapie (beruht auf der Beobachtung, dass Schlafentzug zu einer Besserung der Symptome führen kann) und Elektrokonvulsionstherapie (gezielte Erregung des Gehirns unter Narkose bei schweren Depressionen).

Für die medikamentöse Therapie stehen verschiedene Wirkstoffgruppen und pflanzliche Präparate wie Johanniskraut zur Verfügung. Bis antidepressive Medikamente ihre volle Wirkung entfalten, dauert es je nach Medikament zwischen zwei und sechs Wochen. Insbesondere zu Beginn einer Behandlung können Nebenwirkungen auftreten. Beides muss den Patienten erklärt werden, sonst lassen sie sich unter Umständen verunsichern und setzen die Medikamente selbstständig vorzeitig ab. Insbesondere zu Behandlungsbeginn ist eine engmaschige Verlaufskontrolle und Begleitung mit Gesprächen erforderlich.

Sowohl die medikamentöse als auch die psychotherapeutische Behandlung werden von vielen Patienten kritisch gesehen. Einzige Ausnahme sind pflanzliche Antidepressiva, die von drei- bis sechsmal so vielen Patienten befürwortet

PSYCHOTHERAPIE UND/ODER MEDIKAMENTE?

Die Therapie einer Depression zielt darauf ab, die depressive Symptomatik zu mindern, die Rückfallwahrscheinlichkeit zu minimieren und unter Umständen die Sterblichkeit (insbesondere in Folge von Selbsttötung und Begleiterkrankungen) zu verringern. Auch der (Wieder-)Aufbau psychosozialer Fähigkeiten zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung ist Teil der Therapie.

Aus Patientensicht sind meist der Energieverlust und die Erschöpfung die wichtigsten Probleme, die angegangen werden sollten. Auch Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie, depressionsbezogener Schmerz sowie Schlafstörungen und Schuldgefühle werden oft von Patienten als

wichtiger erachtet als die Behebung der depressiven Stimmung an sich.

Bei einer leichten oder mittelschweren Depression besteht die Wahl zwischen Psychotherapie oder Medikamenten. Nur bei einer schweren Depression sollte beides gleichzeitig zum Einsatz kommen. Allerdings ist es oft vom verfügbaren Angebot abhängig, welche Therapien wahrgenommen werden können. Lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz, aber auch andere Bedingungen wie große Entfernungen zu einem Psychotherapeuten sind dafür verantwortlich, dass nicht immer eine gemeinsame Entscheidung mit einem Arzt für oder gegen eine dieser Therapieformen stattfindet.

werden wie „chemische“ Antidepressiva und Psychotherapie. Ein Grund für die Ablehnung von Medikamenten kann sein, dass Patienten befürchten, sie könnten abhängig machen oder die Persönlichkeit verändern. Psychotherapie wird dagegen eher aufgrund der Überzeugung, dass man sie „nicht brauche“, abgelehnt. Auch Zweifel am Nutzen und Bedenken hinsichtlich des zeitlichen Aufwands können Gründe für eine Ablehnung sein. Eine Psychotherapie kann sich über einige Monaten bis hin zu Jahren erstrecken.

Eine Maßnahme, um angemessene Therapien zu fördern, ist die Einführung eines Disease-Management-Programms dieser Erkrankung, das 2019 in die ambulante Versorgung aufgenommen wurde.

Die Behandlung der Depression mit Psychotherapie und/oder mit Medikamenten hängt von der Schwere der Depression ab, oft aber auch von den Wünschen der Patienten und den Gegebenheiten vor Ort.

Quellen zum Kapitel „Chronische Krankheiten: vier Beispiele“
Barrierefreie Tabellen zu den Infografiken

PATIENTENSTIMMEN



EINFÜHRUNG

Die ersten Kapitel dieses Berichts haben Daten und Fakten zu chronischen Erkrankungen präsentiert. Doch jeder chronisch kranke Mensch macht seine eigenen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und mit der Versorgung seiner Symptome und Beschwerden. Daher sollen im Folgenden Patienten und Patientinnen zu Wort kommen und über ihre subjektiven Versorgungserfahrungen berichten. Wir beleuchten diese Erfahrungen anhand zweier konkreter, sehr unterschiedlicher Krankheiten: Herzinsuffizienz und Depression.



Die Herzinsuffizienz repräsentiert eine körperliche (somatische) Erkrankung im fortgeschrittenen Alter, die vielfältiger Behandlung bedarf. Dabei geht die medizinische Betreuung immer mit von Patienten selbst durchzuführenden Maßnahmen Hand in Hand.



Die Depression ist eine psychische Erkrankung. Sie betrifft Menschen unterschiedlichen Alters. Vor einer Behandlung müssen sich Patienten ihrer Erkrankung erst bewusst werden und bei der Suche nach einer Therapie selbst aktiv werden.

Im Zentrum jeder Versorgungserfahrung steht der chronisch (mitunter mehrfach) erkrankte Mensch mit seiner Individualität, seiner Lebenserfahrung, seinem Umfeld, seiner Kultur, seinen Gefühlen und anderen persönlichen Aspekten, die bei der Gesundheit von Menschen eine Rolle spielen. Aus diesen Voraussetzungen ergibt sich ein individueller Versorgungsbedarf, der nicht nur auf den objektiven Kranken- bzw. Gesundheitsstatus bezogen, sondern auch Ausdruck persönlicher Versorgungsbedürfnisse und Wünsche ist.

Die Versorgung (z.B. ein Besuch bei der Hausärztin oder beim Psychotherapeuten) eines Patienten wird nicht nur von verschiedenen Gesundheitsberufen geleistet, sondern oft auch vom persönlichen Umfeld. Mit manchen dieser Kontaktpunkte und -personen kommt der Patient im Rahmen der Versorgung mehr oder weniger ohne eigenes Zutun in Berührung (z.B. mit dem Rettungsdienst). Andere Angebote nimmt er eigeninitiativ wahr (z.B. eine Selbsthilfegruppe).

Die Versorgungserfahrung ergibt sich also aus dem individuellen Versorgungsbedarf eines Patienten oder einer Patientin auf der einen Seite und der tatsächlichen Versorgung auf der anderen Seite, die wiederum im Kontext eines komplexen (Gesundheits-)Systems steht.

VERSORGUNGSERFAHRUNGEN: UNSERE METHODEN DER DATENGEWINNUNG

Was zu Versorgungserfahrungen von Patienten mit Herzinsuffizienz und Depression in Deutschland aus der Wissenschaft bereits bekannt ist, haben wir systematisch im Rahmen eines sogenannten Scoping Review aufgearbeitet. Dabei wurden mithilfe eines Suchalgorithmus, das heißt mit einer Suche nach bestimmten Schlagwörtern, das Forschungsfeld abgesteckt und verschiedene Informationsquellen systematisch durchforstet. Relevante Studien haben wir anschließend nach definierten Kriterien ausgewählt und ausgewertet. Durch diese Methode erhielten wir einen Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Studienlage zu Versorgungserfahrungen (und ihre Lücken) von Menschen, die in Deutschland an Herzinsuffizienz oder Depression erkrankt sind.

[Mehr Informationen zu Scoping Reviews finden Sie hier.](#)

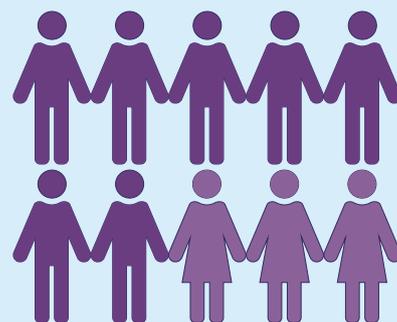
Eine wichtige Erkenntnis aus dem systematischen Review-Prozess zu Herzinsuffizienz war, dass es bisher nur wenige Studien gibt, die mit sogenannten qualitativen Methoden Versorgungserfahrungen erheben und analysieren, also Aussagen von Patienten zum Dreh- und Angelpunkt von Erkenntnis machen. Um diese Forschungslücke ein wenig zu verkleinern, haben wir selbst Interviews geführt und zu jeder der beiden ausgewählten Krankheiten zehn Patientinnen und Patienten nach ihren Erfahrungen mit der Versorgung gefragt. Alle Interviews wurden wissenschaftlich ausgewertet.

Aus den Interviews konnten wir Typen von verschiedenen Umgangsweisen mit dem Versorgungssystem bilden und analysieren, wie gute und schlechte Versorgung wahrgenommen werden.

[Mehr Informationen zur Durchführung der Interviews finden Sie hier.](#)

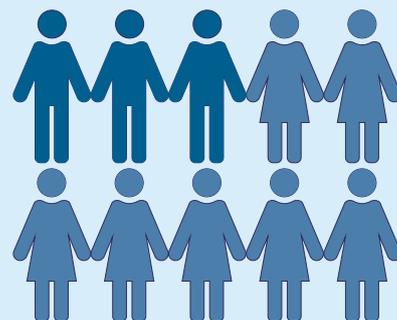
HERZINSUFFIZIENZ

7 Männer und 3 Frauen
 durchschnittlich 74 Jahre
 9 nicht erwerbstätig
 9 gesetzlich versichert
 6 mit akademischem Abschluss
 Rhein-Main-Gebiet und Großraum München



DEPRESSION

3 Männer und 7 Frauen
 durchschnittlich 53 Jahre
 3 nicht erwerbstätig
 9 gesetzlich versichert
 4 mit akademischem Abschluss
 Rhein-Main-Gebiet



BEHANDLUNG UND VERSORGUNG AUS PATIENTENSICHT



Aus den Versorgungserfahrungen unserer Interviewpartner und -partnerinnen mit Herzinsuffizienz ließen sich bei aller Individualität grob vier unterschiedliche Umgangsweisen mit dem Versorgungssystem erkennen, die die Sicht der Patientinnen und Patienten auf ihre Versorgung beschreiben.

Die Aussagen lassen darauf schließen, dass sich ein Teil der Patienten dem Gesundheitssystem mit seinen Einrichtungen und den an der Versorgung beteiligten Menschen einfach anvertrauten. Diese Patienten ‚schwammen‘ gewissermaßen ‚mit dem Strom‘. Sie stellten heraus, dass sie im Großen und Ganzen zufrieden waren mit ihrer Versorgung und keine besonderen Ansprüche stellten. Ein Patient merkte etwa an, dass die Versorgung in seinem normalen Alltag keinen großen Raum einnehmen sollte und empfahl:

„Versuch mal so zu leben wie bislang. Das, was die Ärzte sagen, beachten. Das ist richtig. Wichtig. Also Kontrollen und Medikation und so weiter. Aber sonst würde ich da keine große Rücksichtnahme nehmen.“ 

Bei anderen war Systemkritik ein Thema in den Interviews. Sie distanzierten sich bewusst von Teilen des Gesundheitssystems, etwa weil sie sich schützen wollten, wenn ein Medikament starke Nebenwirkungen hervorrief. Solche systemkritischen Darstellungen waren auch davon geprägt, dass sich Patienten die für sie richtige Versorgung „erkämpfen“ und gegen Widerstände (etwa durch Prozesse vor dem Sozialgericht) angehen mussten.

Andere Versorgungsgeschichten deuteten darauf hin, dass sich manche Patientinnen und Patienten dem System weder gänzlich anvertrauten, noch Kritik daran übten. Manche versuchten durch Eigenengagement die Versorgung selbst zu steuern und zu lenken, indem sie sich selbst aktiv den einzelnen Angeboten annäherten, aber auch zu distanzieren wussten. Etwa wenn es darum ging, verschiedene Meinungen von Ärzten einzuholen oder sich nach Wechselwirkungen von Medikamenten zu erkundigen:

„Ich versuche so ein bisschen von allen Seiten zu ziehen.“ 

Andere Patienten nahmen wiederum eher eine passive Rolle ein, indem sie Versorgungsangebote grundsätzlich akzeptierten, aber stets den kritischen Blick behielten. Diese Patienten äußerten sich durchaus kritisch etwa zu Erfahrungen mit Behandlungsfehlern, die sie wahrgenommen hatten, vertrauten dem System aber weitestgehend. Eine Befragte umschrieb es so:

„Man muss kritisch sein, aber nicht verzweifeln“. 



Auch die Berichte der Menschen mit Depression gaben einen Einblick in den individuell unterschiedlichen Umgang mit Versorgung.

Ein Teil der Patienten und Patientinnen betonte, dass die Versorgung Angebote gewesen seien, mit denen sie sich selbst auseinandersetzen mussten. Sie suchten und fanden immer wieder selbst Wege, um an die für sie richtige Versorgung zu gelangen. Es wurde deutlich, dass viele dieser Patienten sich auch selbst gut beobachten können mussten, etwa, wenn sie schilderten, dass sie „zu spät gemerkt [hatten], reif für einen Aufenthalt [in einer Psychiatrie] gewesen zu sein“.

Anderen Patienten gelang es dagegen kaum, die helfenden Versorgungsstrukturen für sich zu nutzen. Sie standen mit dem System „auf Kriegsfuß“, fühlten sich „nackt“ oder sahen sich „isoliert“, etwa, wenn sie erfuhren, dass sie nicht „therapiefähig“ wären.

Wiederum andere Patienten erzählten, dass sie Versorgung wie ein Netzwerk erlebten, das half, „aus dem Loch“ herauszukommen, oder eine „Säule [der] Stabilität“ bot. Auch wenn diese Geschichten „von vielen neuen Anläufen“ geprägt waren, vermittelten sie doch den Eindruck von Menschen, die durch das Versorgungssystem in ihrer chronischen Depression aufgefangen wurden. Ein Patient beschrieb das so:

„ ... überall, wo ich hingreife, ... habe ich die Unterstützung ... das ist ein Netzwerk, ... wo ich drin agieren kann, ohne auf den Boden zu fallen“. 

WAS GUTE VERSORGUNG AUS PATIENTENSICHT AUSMACHT



In den Interviews mit Herzinsuffizienz-Patienten zeigte sich, dass die Bewertung von guter Versorgung mit einem verbesserten Gesundheitszustand, gelinderten Symptomen und besserer Leistungsfähigkeit oder Lebensqualität zusammenhing. Es wurden aber nicht nur konkrete Verbesserungen in diesem Zusammenhang erwähnt. Auch wenn die Teilnehmenden wahrnahmen, dass Potenziale gestärkt wurden, die für die Gesundung wichtig waren, wurde dies mit guter Versorgung assoziiert. Dabei half die Möglichkeit, mit anderen Betroffenen Erfahrungen auszutauschen oder sich an Vorbildern innerhalb einer Herzsportgruppe zu orientieren, genauso wie psychologische Unterstützung während der Rehabilitation, die eine „Hilfe beim Denken“ darstellte. Betreuungspersonal im Krankenhaus, das „die Augen [für Auswirkungen der chronischen Krankheit] öffnen“ konnte, war ebenso positiv in den Erzählungen verankert wie die Möglichkeit, als Patient selbst bei der Versorgung aktiv zu werden oder den Raum für Gesundung und Ausruhen zugesichert zu bekommen.

„Also nach zwei Tagen musste man schon zum Zähneputzen aufstehen ... schon nach der Operation ... Nach zwei Tagen, da wurden alle Kanülen abgemacht ... Und nach drei Tagen hat man ohne Kanülen gelebt. Und das war gut.“ 

› **Gute Versorgung heißt, Prozesse der Gesundung zu erleben und Möglichkeiten für die Verbesserung des Lebens zu erfahren.**



Als Unterstützung und damit als gute Versorgung erlebten auch die Interviewten mit Depression den Austausch mit anderen Betroffenen in einer ähnlichen Situation. Informationen und Tipps, die sich auf die Krankheit selbst oder auf Therapieformen und den Zugang zu Therapie bezogen, konnten offensichtlich dazu beitragen, Orientierung zu finden und Entscheidungen zu treffen. Auch half dieser Austausch dabei, sich überhaupt zu vergegenwärtigen, dass man eine Depression hatte und Hilfe brauche. Unter den Teilnehmenden mit Depression war das Thema,

die Krankheit für sich selbst zu akzeptieren, sehr präsent und explizit mit guter Versorgung assoziiert. So wurde einmal erwähnt, dass die Versorgung den Patienten darin unterstützte, seine Krankheit zu managen, mit ihr umzugehen oder sie zumindest in Teilen zu akzeptieren.

„Und das habe ich auch nur mit dem Arzt in [Name des Stadtteils] dann überstanden. Bei dem ich dann, ich glaube ... jede Woche war ich bei dem, ambulant. Der mir dann immer irgendwo dann auch den Rücken gestärkt hat. Das war klasse, einfach klasse.“ 

› Gute Versorgung gibt Orientierung und unterstützt bei Selbstmanagement und Akzeptanz der chronischen Erkrankung.



Das Gefühl von Sicherheit spielte eine zentrale Rolle für die Teilnehmenden mit Herzinsuffizienz, wenn sie von guter Versorgung berichteten. Diese Sicherheit äußerte sich in Beschreibungen von Versorgung als Aufgehoben-, Geführt- und Überwacht-Sein, ein Umsorgt- und Aufgefangen-Werden, ein Schutz-Erfahren. Patienten machten gute Versorgung auch daran fest, dass sie selbst eine passive Rolle einnehmen durften und ihnen Versorgung zuteilwurde.

Das Gefühl des ‚sicheren Fallens‘ wurde zum einen in der Rückschau auf Not-situationen geschildert, in denen Patienten besonders darauf angewiesen waren, Rettung und verlässliche Hilfe zu erfahren. Zum anderen umschrieben sie das Gefühl, im alltäglichen Umgang mit der Krankheit loslassen zu können, damit, dass die Versorgung „läuft“ und sie sich „gut eingestellt“ fühlten.

Betreut und damit gut versorgt fühlten Patienten und Patientinnen sich dann, wenn jemand anderes ihnen Last abnahm - und zwar sowohl im pragmatischen Sinne als auch in dem Sinne, jemandem sein Leid klagen zu dürfen. Hier spielte der Rückhalt durch die Familie eine wichtige Rolle, aber auch, in Gruppen eingebunden zu sein, die motivieren und begleiten.

„Ich weiß noch [in der Reha] ... Sollten wir auch ein Stück laufen, so eine Gruppe. Ich war die allerletzte und keuchte da hinterher. Und ich konnte und konnte und konnte nicht. Ohne irgendetwas zu sagen, war da noch ein Betreuer und ein Mensch neben mir. Die haben mich

ermuntert, noch ein paar Schritte zu gehen. Und man fühlte sich supergut aufgehoben. Und hat den Mut, noch ein Stück zu schaffen, vielleicht doch noch bis zum nächsten Baum. Und dann gingen wir wieder zurück, und sie haben gesagt: ‚Das haben Sie prima gemacht.‘ Aber man hatte nicht das Gefühl: Oje, oje. Jetzt fällst du vielleicht gleich um. Oder wenn du gar nicht mehr schnaufen kannst, dann bist du weg oder liegst in den Büschen oder so. Dieses gute Gefühl der Betreuung, das war genauso wichtig wie alles andere.“ 

› Durch gute Versorgung erfahren Patienten Betreuung und fühlen sich in Sicherheit.



Die Interviewten mit Depression verstanden es als gute Versorgung, wenn die Behandlung auf Bedürfnisse wie Sicherheit oder die individuelle Berücksichtigung der eigenen Einschränkungen angepasst wurde. Auch organisatorische Dinge wie Kontinuität, Erreichbarkeit und die Bereitstellung von Ansprechpartnern und -partnerinnen wurden genannt. Diese hätten etwa geholfen, wenn es um den Übergang in andere Versorgungseinrichtungen gegangen sei. Sicherheit hätten auch „Ansprechpartner für Probleme“ gegeben. Solche Behandelnde hätten es verstanden, einen Raum zu schaffen, in dem man alles sagen konnte, sich angenommen fühlte und sich fallen lassen konnte. Wiederholt fanden sich Aussagen, in denen gute Versorgung auf Bedürfnisse und Bedarfe reagierte: Darunter fiel z. B., dass der Arbeitgeber es ermöglichte, die Arbeitszeit zu reduzieren, aber auch Angebote der Krankenpflege, sich auch in einer Klinik zurückziehen zu können oder bestimmte Therapieformen nicht in der Gruppe, sondern alleine wahrnehmen zu können.

› Gute Versorgung reagiert individuell auf Probleme und signalisiert „verstanden“ und „gesehen“ zu werden.

Patienten empfanden dann ein sicheres Gefühl, wenn die Behandlung griff und sie die Wirksamkeit von Medikamenten und die Kompetenz von Behandelnden erlebten.

„... , dass es auf jeden Fall auch so bleibt. Dass da nicht irgendwie gespart wird. Sondern dass es gerade für

depressive Menschen, die meistens auch Ängste haben, so wichtig ist, sich aufgehoben und sicher zu fühlen.“ 🧠

› **Auch die Wirksamkeit von Medikamenten gibt Sicherheit.**



Die Kommunikation mit den Versorgenden wurde von Herzinsuffizienz-Patienten als positiv bewertet, wenn man etwas in Ruhe und mit Zeit besprechen konnte. Sie empfanden das wechselseitiges Aufeinander-Eingehen im Gespräch als vorteilhaft für die Versorgung.

Einige Patienten stellten dabei heraus, dass sowohl der Dialog als auch die Beziehung mit dem Versorgenden an sich nicht zwangsläufig konfliktfrei ablaufen müsse. Wichtig sei gewesen, dass die Augenhöhe gewahrt blieb. Gute Versorgung sah also durchaus eine Diskussion zwischen den Gesprächspartnern vor. In diesen Fällen wurde es als positiv bewertet, wenn die Beziehung so langfristig erlebt wurde, dass sie auch Krisen überstand, und einer solchen Beziehungsentwicklung Zeit zugestanden wurde. Eine gewisse ‚kommunikative Reibungsfläche‘ zwischen Arzt und Patient schien für manche Patienten sogar ein besonders vertrauensvolles Verhältnis auszudrücken.

Von guter Interaktion sprachen Teilnehmende, wenn sie das Gefühl hatten, dass „die Chemie stimmte“, z.B. in sozialen Gefügen wie einer Herzsportgruppe. Patienten machten deutlich, dass neben der relativ oberflächlichen Kommunikationsebene noch tiefere Formen des gegenseitigen Verständnisses und der Beziehungsdynamik relevant waren. Neben „totale[m] Vertrauen“ spielten geteilte Werte eine Rolle; dazu zählte auch die Sensibilität für den eigenen sprachlichen und kulturellen Hintergrund. Ein Patient empfand es in seiner Herzsportgruppe als gute Versorgung, dass seine Freude dort geteilt und ihm dadurch Mut und Zuversicht vermittelt wurden.

› **Gute Versorgung offenbart sich in wechselseitigen Gesprächen ohne Zeitnot und in einer langperspektivischen und gleichberechtigten Beziehung, die häufig auf ähnlichen Einstellungen basiert.**

„Also die [Menschen in der Herzsportgruppe] haben mir sehr geholfen. Und als ich dann das erste Mal den Ball bekommen habe, da haben sie alle gejubelt. Also das war ... Da kommen mir heute noch bald die Tränen ... diese Zuversicht, die man bekommen hat ... Man steht nicht alleine. Das fand ich so wichtig.“ 

Gute Versorgung wurde als zwischenmenschliches Tun beschrieben, das dem Patienten Aufmerksamkeit zuteilwerden ließ und ihn in seiner ganzen Individualität wahrnahm, einschließlich seiner familiären und gesundheitsgeschichtlichen Hintergründe sowie seines Privatlebens.

Aber auch eine gewisse Aufmerksamkeit gegenüber medizinischen Angelegenheiten, die nicht zwangsläufig in das Spezialgebiet des Behandelnden gehörten, bezeichneten die Patienten als gute Versorgung, z. B. wenn sich Behandelnde über Nebenwirkungen informierten.

„Der Oberarzt auf der [Station] hat das mitbekommen, was da abgeht, und der hat zu mir gesagt: Herr [Name des Befragten], wenn das hier nicht klappt von den Pflegern oder wenn das hier so nicht ... dann hole ich Sie persönlich ab und bringe Sie da runter auf die [Station]. Das fand ich schon mal so ein ... so eine persönliche Ansprache ... Der hat genau geschnallt ... Man hat sich auf jeden Fall verstanden gefühlt.“ 

Gute Versorgung zu erfahren bedeutete also auch, dass das „ganze Drumherum“ berücksichtigt wurde, der Patient also als Mensch und sozialer Akteur wahrgenommen wurde. Die körperlich-medizinische Versorgung wurde gewissermaßen als (selbstverständliches) Kerngeschäft gesehen.

› **Patienten wissen es zu schätzen, wenn Versorgende sich einfühlen und eindenken können, Menschenkenntnis und Offenheit besitzen sowie kompetent und verlässlich handeln.**



Für die Patienten und Patientinnen mit Depression war für eine gute Versorgung die funktionierende Beziehung zu Behandelnden – hier meist Ärzte und Therapeuten – aber auch z. B. zum Arbeitgeber von außerordentlicher Bedeutung. Es wurde beschrieben, dass

es Behandelnden gelungen sei, einen Vertrauens- und Kommunikationsraum zu schaffen, in dem es Patienten wagen konnten, alles zu sagen, was sie bedrückte. Auch ging es darum, angenommen zu werden, das heißt, in seiner Krankheit akzeptiert und als Mensch - und nicht nur Patient - gesehen zu werden. Rund um die Behandlung der Depression spielte eine Rolle, dass man nicht ‚als Fall‘ behandelt wurde, sondern Versorgung auf alle Bedürfnisse und Probleme reagierte. Dabei sei es auch wichtig gewesen, dass die Krankheit nicht bagatellisiert wurde und man Rücksichtnahme auf die eigenen Grenzen und Probleme spürte.

„ ... das ist gut gelaufen. Ich habe mich also an den verschiedensten Stationen ernst genommen gefühlt. Und das ist, ... was ganz wichtig ist bei Patienten mit Depressionen, dass sie nicht das Gefühl haben, es wird bagatellisiert, es wird abgewertet, und ja, es wird ernstgenommen. Und das ist sehr hilfreich.“ 

› Gute Versorgung behandelt Menschen, nicht Fälle.

Wiederholt wurde berichtet, wie gut es gewesen sei, wenn Behandelnde gesehen hätten, was einer Person in dem Moment gutgetan hätte. Auch hätte es geholfen, wenn Behandelnde bereit gewesen seien, mit dem Patienten gemeinsam neue Wege auszuprobieren, wenn sie nicht aufgegeben hätten, sondern z.B. weitere Medikamente ausprobiert wurden und über neue Erfahrungen gesprochen wurde. Dann überwandten Patienten die - ansonsten allgegenwärtige - Scham und fühlten sich, auch nach vielen negativen Erlebnissen, etwa mit Medikamenten, aufgehoben.

Als „gut“ wurde Interaktion dann erlebt, wenn sie von Verständnis geprägt war und sich eine gemeinsame Basis von Behandelndem und Patient offenbarte.

„Die sehen ... was du brauchst. ... Und die kamen immer auf mich zu. Liebevoll und mit Geduld.“ 

› Die Chemie muss stimmen.



Patienten mit Herzinsuffizienz empfanden die Organisation ihrer Versorgung dann als gut, wenn sie reibungslos funktionierte, möglichst regelmäßig stattfand, in langen Zeiträumen gedacht wurde und quasi kein ‚Sand im Getriebe‘ spürbar war. Die Äußerung eines Patienten, dass „man ja immer alle Vierteljahr einbestellt“ würde, spiegelt wider, dass eine strukturierte Organisation und Regelmäßigkeit als entlastend empfunden wurden.

Der Faktor Zeit war ein wichtiger Aspekt bei gut organisierter Versorgung. Einerseits wurden immer wieder Notfallsituationen geschildert, in denen die zeitnahe Hilfe als besonders gut bewertet wurde. In anderen Situationen waren Patienten aber auch bereit, Wartezeiten in Kauf zu nehmen. Sie empfanden die Versorgung so lange als gut, als die Wartezeiten einen gewissen Rahmen nicht überschritten. Dieser Rahmen entwickelte sich durch Vorerfahrungen.

„Und dann bekommst du einen Termin. Um elf oder um zwölf ... Und dann wartest du 50 Minuten. Das ist doch zu blöd. Also, mein Hausarzt hat noch immer die Regelung, so wie es früher war. Du kommst hin, setzt dich hin und fragst, wer, bitte schön, war der Letzte. Und dann weißt du, nach dem kommst du dran ... Das ist viel besser.“ 

Wenn dem Patienten im direkten Kontakt mit einem Versorgenden überdurchschnittlich viel oder zumindest angemessen viel Zeit zugestanden wurde, empfand der Patient die Versorgung als gut. Dabei spielte es keine Rolle, ob ein Versorger offensichtlich gewillt war, sich Zeit zu nehmen, oder ob die versorgende Organisation den Behandlern genug Zeit für die Betreuung der Patienten zur Verfügung stellte.

„Diese Dreifachversorgung, das ist Glück, dass es das gibt: die Klinik, der Hausarzt und die Herzsportgruppe.“ 

Mehrere Ansprechpartner zu haben, bedeutet auch, dass die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Versorgungsinstanzen funktionieren muss. Der Informationsfluss zwischen Behandelnden, die gemeinsam an bestimmten therapeutischen Zielen arbeiten, wurde als wichtig erachtet. Ein „Netzwerk“ von Versorgungsinstanzen erlebten Patienten zudem dann als positiv, wenn es ihnen zusätzliche Möglichkeiten der Behandlung eröffnete. So berichtete ein

Patient, dass persönliche Kontakte eines Versorgers es ihm ermöglichen, an einer Studie teilzunehmen. Sich „rundum betreut“ zu fühlen, spielte insbesondere für Patienten mit mehreren Begleiterkrankungen eine Rolle in der Bewertung der Versorgung.

› **Gute Versorgung bietet zeitnahe Hilfe und ist sinnvoll organisiert, sodass es zumindest keine Fehler und Mängel gibt.**

Auch beschrieben Patientinnen und Patienten die Versorgung dann als gut, wenn sich ärztliche Kompetenz und Patientenengagement sinnvoll ergänzten.

„Ich glaube, diese Gewissenhaftigkeit, mit der ich auch immer präsent war, hat sicher neben der ... ärztlichen Kompetenz dazu beigetragen, dass das gut war.“ 

Da die Unterstützung durch Angehörige als bedeutender Teil der Versorgung genannt wurde, ist es wenig erstaunlich, dass Patienten es als besonders gut bewerteten, wenn die Versorgung möglichst wohnortnah organisiert wurde oder die Angehörigen sie jederzeit besuchen konnten.

Wenn Patienten längere Zeit außerhalb ihres Wohnumfeldes betreut wurden, wie etwa während eines Rehabilitationsaufenthaltes, wurde gute Versorgung mit einem strukturierten Tagesablauf gleichgesetzt. Auch eine gewisse Vertrautheit und Intimität in der fremden Umgebung sorgte für Wohlbefinden. Persönliche Gegenstände und die Möglichkeit, Gewohnheiten beizubehalten (z.B. den eigenen Computer im Krankenhaus dabei zu haben und benutzen zu können), während sie versorgt wurden, empfanden sie als wohltuend. So etwas wie Alltag auch in fremder - häufig atmosphärisch eher steriler und anonymer - Umgebung zu erleben, stellt womöglich ein wichtiges Qualitätsmerkmal aus Patientensicht dar. So empfand ein Patient, der selbst Migrationserfahrung hatte, es als besonders gute Versorgung, dass ihn die Pflegekraft in seiner Muttersprache ansprach.

„Ich war sehr überrascht, auch ... wie sympathisch die ganze Crew dort war, das war wirklich sehr angenehm. Sehr bunt, das heißt, es waren auch verschiedene ausländische ... oder also wie man das offiziell mit Migrationshintergrund ... Schwestern und Ärzte und Ärztinnen.“ 

› **Gute Versorgung heißt, in einer Umgebung versorgt zu werden, die Vertrautheit schafft und zwischenmenschliche Atmosphäre ausstrahlt.**



Auch Menschen mit Depression sprachen über die Versorgungsorganisation und den Zugang zu Behandlungen. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Langfristigkeit von Angeboten, sei es, dass Therapien über einen langen Zeitraum wahrgenommen werden konnten oder dass man zu bereits bekannten Therapeuten oder Ärzten „jederzeit“ kommen konnte. Auch der rasche Zugang zu Versorgung wurde als besonders positiv geschildert und als „Glück“ bezeichnet.

› **Wichtig ist ein rascher Zugang zu Versorgung, gut auch ein langfristiger.**

„Ich habe Glück, wie gesagt, meine Psychotherapeutin ... Und wir kennen uns auch jetzt so mit Unterbrechungen schon so fast 25 Jahre, haben wir festgestellt. Und bin auch froh, dass sie mich immer wieder nimmt ...“

Zwei Aspekte schienen beim Zugang zu Versorgung entscheidend zu sein: zum einen der Zugang zu Informationen über verschiedene Therapieeinrichtungen, Finanzierungsmöglichkeiten, Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten etc.

Zum anderen sei es bedeutsam, sich eines Netzwerks gewiss gewesen zu sein, das z. B. aus Psychiaterin und Hausarzt bestand sowie Notdiensten, die im städtischen Umfeld jederzeit angerufen oder aufgesucht werden konnten. Ein Patient beschrieb das als „Rundum-Paket“. Die Weitervermittlung an andere (Versorgungs-)Instanzen sowie ein Übergangsmanagement wurden ebenfalls als hilfreich erwähnt. Auch die Kombination aus Medikamenten und Psychotherapie wurde als gute Versorgung wahrgenommen. Ein Patient beschrieb seine Versorgung als „Puzzle aus 20 Faktoren“, das dafür gesorgt habe, „auf einem guten Weg [zu] sein“. Gute Versorgung, die sich aus unterschiedlichen Maßnahmen zusammensetzt, wird als haltgebende „Säulen“ beschrieben – was auch den besonderen Bedarf von Menschen mit Depression widerspiegelt.

› Gute Versorgung hat viele Säulen.

„[Der] Pfarrer, ... die Ergotherapie, die Gruppe dort, ... das regelmäßig[e] Spaziergehe[n] mit dem Hund, ... [die] Frau Doktor ... das sind so die stabilisierenden Faktoren.“ 

Eine große Rolle spielten bei der Einschätzung der Versorgung als „gut“ die Klinikaufenthalte. Sie garantierten die Möglichkeit, sich von Alltagsanstrengungen zurückzuziehen und zu erholen. Die lange Aufenthaltszeit und die Umgebung trugen dazu bei, dass sich Patienten ihrer Probleme bewusst werden konnten. Ein Patient beschrieb, dass man sich in der Klinik um nichts Gedanken habe machen müssen, es sei einem nichts aufgedrängt worden, und die vorgegebene Tagesstruktur habe Halt gegeben. Ein Patient sprach in diesem Zusammenhang von einer „Käseglocke“, die einen „von allem Schlechten abschirme“.

› Klinikaufenthalte schirmen ab.



Für Patienten mit Herzinsuffizienz waren Titel, die die Behandelnden trugen, deren Qualifikation, Spezialisierungs- und Erfahrungsgrad bzw. Alter sowie ihr Ruf Indikatoren für gute Versorgung.

Wenn die Patienten feststellten, dass unterschiedliche Versorger derselben Meinung waren, war auch das eine Einschätzungshilfe.

Gute Versorgung hieß für Patienten und Patientinnen auch, dass ihnen keine Versorgungsleistung vorenthalten wurde und alles Menschen- und technisch Mögliche getan wurde, um ihnen zu helfen.

Als weitere Einschätzungshilfe diente es Patienten, wenn die Meinungen unterschiedlicher Versorger übereinstimmten.

Patienten sahen die Kompetenz der Behandelnden als ein Kriterium für qualitativ gute Versorgung an. Dabei machten sie Kompetenz aber nicht daran fest, dass Versorgende ihnen wichtige Entscheidungen abnahmen.

„Mein Hausarzt hält sich in der Beziehung dann vollkommen raus. Also der sagt mir nicht, lassen Sie das machen. Der sagt auch nicht, lassen Sie das nicht

machen. Sondern er sagt, das müssen Sie selber erarbeiten. Das müssen Sie wissen, was für Sie das Richtige ist ... Ich stimme ihm vollkommen zu. ❤️

Nicht zuletzt nahmen Patienten die Motivation und die Einstellungen von Versorgern wahr und bewerteten sie. So äußerte ein Patient, dass er gute Versorgung daran erkannt habe, ob Versorger schulmedizinischer Richtungen offen für alternative Heilverfahren waren.

› Gute Versorgung erkennen Patienten, indem sie vergleichen und Maßstäbe bilden.



In den Geschichten rund um gute Versorgung von Menschen mit Depression wurde deutlich, dass Versorger sozusagen die ‚richtige Idee‘ haben und den ‚richtigen Vorschlag‘ machen mussten. Es wurde als Glück empfunden, wenn man als depressiver Patient nur wenige Anläufe machen musste, um sich aufgefangen zu fühlen. Auch hier spielten die rasche Versorgung und die Fähigkeiten eines Behandelnden, für ebendiese zu sorgen, eine Rolle. Dabei hätte das Wissen dieser Person – etwa das Wissen einer Krankenkassenmitarbeiterin über Therapieoptionen – geholfen, genauso wie ihre Sensibilität, überhaupt wahrzunehmen, dass jemand dringend Hilfe brauche, und die Motivation, sich gewissenhaft und schnell um diese Hilfe zu kümmern. Gegenüber dem Systemwissen spielte fachmedizinische Kompetenz kaum eine Rolle in den Schilderungen guter Versorgung.

„Also erstmal ... habe ich da auch wieder Glück gehabt, weil ... die Therapeutin, die hat mir den Termin bei dem Neurologen verschafft.“ 🧠

› Gute Versorgung weist den kurzen Weg zum richtigen Vorschlag.

WAS SCHLECHTE VERSORGUNG AUS PATIENTENSICHT AUSMACHT



Nur wenige Patienten und Patientinnen mit Depression kritisierten die Bandbreite und Qualität von Therapieangeboten. Sie berichteten über schlechte Versorgung, wenn sich entgegen ihrer Erwartung, Hilfe zu bekommen, Angebote ins Gegenteil verkehrten und zusätzliche Mühen oder Ärgernisse bereiteten.

Dabei spielten auch Erwartungen seitens der depressiven Patienten eine Rolle, die zu Enttäuschungen führten. Etwa konnten bei einem Patienten verschiedene Medikamente keine Besserung bewirken, obwohl er viel Hoffnung in die medikamentöse Therapie gesetzt hatte. Ein anderer Patient beschrieb, dass er mit dem Satz konfrontiert wurde, dass „Ärzte nicht zaubern können“. Das frustrierte ihn sehr und führte dazu, dass er sich explizit rechtfertigte, dass man als depressiver Patient für seine Probleme nichts könne.

In den Schilderungen der Patientinnen und Patienten mit Depression tauchten im Zusammenhang mit irritierendem Verhalten von Behandelnden starke Ausdrücke auf, beispielsweise „Griff ins Klo“ oder „vor die Wand fahren“. Es konnten also Versorgungsoptionen in Anspruch genommen werden, doch sie führten zu negativen Erfahrungen.

„Und hatte recht schnell eine Therapeutin gefunden. Wo ich dachte: Naja, nach diesen probatorischen Sitzungen, ich suche ja keine Freundin, sie soll mir nur helfen. Und es war so ein Griff ins Klo! Nach sieben, acht Sitzungen habe ich abgebrochen. Wo ich dachte: Ich fahr vor einen Baum!“

› **Hilfserwartungen können sich ins Gegenteil verkehren und zu negativen Erlebnissen führen.**

Eine Aussage eines Interviewten zur schlechten Versorgung drehte sich um Psychotherapiesitzungen, bei denen er es als besonders unangenehm empfand, dass durch die therapeutischen Gespräche noch mehr Gedankenschleifen ausgelöst wurden, als er ohnehin schon zu bewältigen hatte. Ein Patient fühlt sich von der Psychotherapie und der Notwendigkeit zur Analyse unter

Druck gesetzt, andere kritisierten den „falschen Therapieansatz“ oder eine als unwirksam empfundene Therapie.

Dass Behandelnde die Symptome von Depressionen nicht oder nur verzögert erkannten, kritisierten Patienten im Zusammenhang mit Aussagen zur erstmaligen Diagnose. Auch sei ein Patient trotz immer noch bestehender Symptome aus dem Krankenhaus entlassen worden. In all diesen Fällen wurde deutlich, dass sich Patienten als „in der Luft hängend“ empfanden und schlecht versorgt fühlten.

› Eine verzögerte Diagnose und eine zu frühe Entlassung erschweren es Patienten, Halt zu finden.

Die medikamentöse Therapie war bei den depressiven Patienten und Patientinnen ein wiederkehrendes Thema, wenn sie die Versorgung als schlecht einschätzten. Es wurde deutlich, welche Umstände dazu führten, dass diese Therapie letztlich als ungute Option eingeschätzt wurde. Die Patienten berichteten von Nebenwirkungen oder hatten den Eindruck, dass Medikamente ihre Gesamtsituation eher verschlechterten. Auch das Gefühl, ein „Versuchskaninchen“ gewesen zu sein, wurde erwähnt.

„Habe natürlich auch gehofft, dass mir die Medikamente helfen ... Und es war dann schon ziemlich frustrierend, dass man da nur Nebenwirkungen gespürt hat. Von daher ... es war dann auch so eine Enttäuschung ... jetzt habe ich etwas versucht und es hat nichts gebracht“ 



Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz kritisierten – ganz ähnlich – die Versorgung dann, wenn sie zwar Hilfe bekamen, diese ihnen jedoch nicht angemessen erschien, nicht zur Gesundheit beitrug oder ihr sogar entgegenstand. Zu offener Kritik bewegte es die Interviewten, wenn Therapien nicht wirkten oder nach einem invasiven Eingriff Komplikationen eintraten. In einem Interview war insbesondere, als es um Medikamente und Wechselwirkungen ging, von „Probiererei“ die Rede.

Was die Diagnose betraf, so berichtete ein Patient davon, schon einmal eine Fehldiagnose und dementsprechend die notwendige Hilfe nicht erhalten zu haben.

Manchmal wurde schlechte Versorgung damit in Verbindung gebracht, dass Hilfeleistungen vorenthalten oder verweigert wurden, zum Beispiel, weil man als Patient den Behandlungsvorschlägen eines Arztes nicht zugestimmt habe.

› **Schlechte Versorgung wird offenbar, wenn erwartbare Gesundheit und Hilfe nicht eintritt oder nicht die passende Hilfe geleistet wird.**

Wollten sich Patienten selbst informieren oder Zugang zu ärztlichen Unterlagen haben, war dies mit dem Gefühl verbunden, nicht unterstützt zu werden oder gar um Informationen „betteln“ zu müssen.

„Also ich bin keine Ärzte-Rumhockerin, die dauernd zu irgendwelchen Ärzten geht ... Also habe ich dann immer gesagt, seien Sie so lebenswürdig und könnten Sie mir den Bericht zuschicken ... Dann muss ich dann drei Mal betteln ... Denn ich möchte ja wissen, für mich persönlich. Was hat denn der jetzt bei mir herausgefunden.“ ❤️

Bei einigen wenigen Patienten zeigte sich der Anspruch, nicht nur durch qualifizierte, sondern durch „höchstqualifizierte“ Personen Behandlungen zu erfahren. So wurde auch fehlende Sonderbehandlung als schlechte Versorgung kritisiert.

Auf der anderen Seite wurde auch ein Zuviel an Versorgung als schlecht empfunden. So wurde geschildert, dass man sich überflüssigen diagnostischen Maßnahmen habe unterziehen müsse.

› **Zu wenig oder zu viel Diagnose und Behandlung werden als schlechte Versorgung eingeschätzt.**



Einige Menschen mit Depression schilderten, dass sie selbst Anlaufstellen „durchtelefonieren“ mussten, bis sie einen Therapieplatz fanden. Insgesamt wurde der Zugang zu therapeutischer Hilfe als extrem schwierig erlebt, da es in dieser Hinsicht keine Unterstützung gegeben habe. Immer wieder drehten sich die Schilderungen um fehlende und falsche Beratung, die es mit sich gebracht habe, dass man sich selbst durch das System habe kämpfen müssen.

› **Patienten müssen den Zugang zu therapeutischer Hilfe selbst organisieren.**

„Ich habe mir dann Psychotherapie suchen wollen, habe hier in [Name der Stadt] Ansässige versucht, telefonisch zu erreichen, per E-Mail anzuschreiben und so und absolut null Antworten, also nicht mal ein: Ich bin voll, ich kann nicht ... Habe sogar was von Suizidgedanken reingeschrieben, damit es ein bisschen dringlicher klingt ... Es wird einfach ignoriert; wenn die Leute voll sind, sind sie voll.“ 

Die fehlende Hilfe bei der Suche nach einer geeigneten Versorgungsoption habe für Psychotherapie genauso gegolten wie für stationäre Behandlung. Auch seien unrealistische Anforderungen gestellt worden, etwa wenn ein Patient sich nicht in der Lage fühlte zu arbeiten. Zum Kraftakt sei es dabei geworden, „sich wehren [zu] müssen“, weil man nicht arbeitsfähig gewesen sei oder zu früh aus einer Maßnahme entlassen worden sei, ohne sich ausreichend gewappnet gefühlt zu haben, den Alltag wieder aufzunehmen. Diese Situationen schlagen sich auch sprachlich nieder: Die Rede war von „Verzweiflung“ (am System) und „Kampf“, die den Zugang zu (angemessener) Versorgung begleiteten.

„Und da bin ich am System verzweifelt. Ich habe gesagt, warum können die mir nicht da weiterhelfen? Warum gibt es eine Erwerbminderungsrente, einen Rentenberater, der erzählt dir alles, warum muss ich mich um alles kümmern?“ 

Die fehlende Kraft bei depressiver Symptomatik erschwerte die Suche nach Hilfe deutlich. Sie äußerte sich in Antriebslosigkeit, aber auch durch Symptome wie Sprach- und Aufmerksamkeitsprobleme.

› **Bei einer Depression fehlt die Kraft für die aufwendige Suche nach Hilfe.**



Wenn Patienten und Patientinnen mit Herzinsuffizienz von schlechter Versorgung berichteten, stand dies ebenfalls oft mit einem Gefühl der Überforderung im Zusammenhang. Diese Überforderung

hatte die unterschiedlichsten Ursachen. Zum Beispiel wurde es als körperliche Überlastung erlebt, wenn ein Patient sich nach einem Krankenhausaufenthalt noch zu schwach für die Reha fühlte. Erlebte Überforderung hing aber auch mit finanzieller Verausgabung zusammen, wenn zum Beispiel alternative Heilverfahren selber gezahlt werden mussten.

„Ich muss mir die gesamte Behandlung ... selber bezahlen. Weil, die schulmedizinische Behandlung würde bedeuten, dass große Wechselwirkungen mit einem Medikament sind, mit einem Herzmittel ... Trotzdem steht die Kasse und das Sozialgericht auf dem Standpunkt, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen spielen überhaupt keine Rolle.“ 

Ein anderer Patient fühlte sich überfordert, weil sich seine gewohnte Lebensumwelt durch den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung grundlegend veränderte. Äußerungen von Patienten, dass sie sich Versorgung hätten erkämpfen müssen, lassen ebenfalls auf eine Überforderung schließen. Teilweise betraf das auch die Angehörigen, wenn etwa nach sehr frühzeitiger Krankenhausentlassung Hilfsmittel fehlten und dies Patienten und deren Angehörige überbeanspruchte.

Verunsicherung und Hilflosigkeit entstand auch durch voneinander abweichende Aussagen und Sichtweisen verschiedener Ärzte, etwa zu Therapiemaßnahmen. Dadurch war es für die Patienten schwierig, ihre Versorgungssituation zu beurteilen.

› Versorgung wird als schlecht erlebt, wenn sich Patienten überfordert oder hilflos fühlen und Versorgung zum Kraftakt wird.

„Meine Hausärztin setzt das halt um, was im Moment die Uniklinik wollte. Also praktisch eine Aufstockung eines bestimmten Medikamentes ... Und dann haben mir aber die Leute in der Reha, die Ärzte, und jetzt der andere Radiologe gesagt: ‚Das machen Sie nicht.‘ ... Wenn Sie verschiedene Ansprechpartner haben und die sagen Ihnen: ‚Das machen Sie nicht. Wir machen das anders.‘ Das hat mich jetzt wirklich verunsichert. Also Medikamente ist wirklich definitiv ein großes Problem.“ 



Insgesamt drehten sich Schilderungen schlechter Versorgung immer wieder darum, dass sich Patienten von (potenziellen) Versorgern nicht ernst genommen fühlten, obwohl sie sich selbst als stark hilfsbedürftig einschätzten. Die Bagatellisierung von Symptomen wurde als unangebracht bezeichnet. Auch beschrieben die Schilderungen Situationen, in denen jemand (Mitarbeiter einer Krankenkasse, Ärztin, Therapeut etc.) etwas äußerte, das als völlig unpassend und gefühllos empfunden wurde. So sei etwa bei der Notfalleinweisung gefragt worden, ob man Suizidgedanken hege. Als unangemessen wurde auch eine Entlassung empfunden, die mitten in der Nacht und trotz bestehender Symptome erfolgte.

Fehlendes Verständnis für die Situation eines Patienten oder die fehlende Berücksichtigung als Individuum war eine wiederkehrende Kritik in den Geschichten schlechter Versorgung.

› **Schlechte Versorgung zeichnet sich durch fehlendes Verständnis aus.**

„Ich könnte jetzt sagen, ich war bei einem Psychiater in [Name der Stadt], der, meine Frau sagt: ein Autist, wahrscheinlich. Völlig emotionslos. Da kommst du rein, guckt dich so an, und nach zwei Minuten gehst du wieder raus. Krankmeldung, Rezept, hm.“

Viele Schilderungen drehten sich dabei um die Verschreibung und Abgabe von Medikamenten. Sie seien einfach angesetzt oder geändert worden. Gerade Psychiatern habe es an Zeit gemangelt, die Individualität eines Patienten zu berücksichtigen. Das fehlende Verständnis oder in einem Fall sogar die als „beleidigend“ empfundene Interaktion führte bei Menschen mit Depression nach eigenem Bekunden zu besonders unangenehmen Situationen, weil man ohnehin sehr empfindsam und energielos gewesen sei.

Ein Patient bezeichnete eine spezielle Interaktionssituation bei Gabe eines Medikaments als „Friss oder stirb!“. Insgesamt wurde die eigene Auseinandersetzung mit Medikamenten, mit deren langfristiger Einnahme oder Nebenwirkungen von den Patienten als wichtig erachtet. Sie begegneten aber immer wieder Behandelnden, die diese Auseinandersetzung zu übergehen versuchten oder Reflexionen und Nachfragen nicht genügend Raum und Zeit zugestanden.

› **Die Reflexion über Medikamente kommt häufig zu kurz.**

„Ich habe praktisch echt Beklemmungen gehabt, um den Termin wahrzunehmen, weil ich weiß, der geht nicht liebevoll mit mir um. Oder nicht wertschätzend. ... Und dann bist du ja eh schon ein bisschen im Arsch, und dann gehst du dahin, bist eh schon nicht gut drauf. Und dann guckt der dich an: Ah, Sie sehen heute aber nicht gut aus, Herr [Name des Befragten]! Da müssen wir aber die Medikamente hochsetzen. Und eine Minute später verabschiedet er sich wieder.“ 

Schlechte Versorgung wurde im Falle der Depression auch gleichgesetzt mit schlechter Beratung, etwa wurde in einem Fall nicht über das Angebot eines tagesklinischen Aufenthaltes aufgeklärt. Eine Interviewte äußerte sogar den Verdacht, dass eine Krankenkasse bewusst nicht über Therapieoptionen aufkläre, wenn eine bestimmte Form von Klinikaufenthalt für die Kasse finanzielle Nachteile mit sich bringe.

› Schlechte Beratung wird als schlechte Versorgung empfunden.



Patienten und Patientinnen mit Herzinsuffizienz berichteten von Respektlosigkeit, wenn zum Beispiel die Intimsphäre bei körperlichen Untersuchungen nicht angemessen gewahrt wurde, aber auch von Ignoranz, wenn Versorger die Krankheitsschwere oder die eigene Expertise des Patienten verkannten.

„In der Beurteilung von dem Doktor F steht: ‚Stürzte - fraglich.‘ Angeblich keine Bewusstlosigkeit. Du, dem könnte ich doch eine reinhauen. Angeblich keine Bewusstlosigkeit. Entschuldigung, was ist denn das. Wir haben doch miteinander geredet.“ 

Einige Patienten schilderten im Zusammenhang mit schlechter Versorgung, dass sie in der Beweislast stünden, wenn sie Naturheilverfahren präferierten. Insgesamt wurde es als negativ erfahren, wenn Versorgende die Glaubwürdigkeit

der Patientinnen und Patienten und ihre Ausführungen infrage stellten. Die Erfahrung, nicht ernst genommen zu werden oder als Person nicht gesehen zu werden, ist in den Äußerungen häufig begleitet von Gefühlen der Wut und der Ohnmacht, die in einem Falle sogar dazu führten, dass der Patient gegenüber einem Arzt zur Notlüge griff, um die für ihn als richtig empfundene Behandlung zu erhalten.

› **Schlechte Versorgung äußert sich in dem Gefühl, bevorzundet, nicht ernst genommen oder übergangen zu werden.**

Versorgung wurde mehrfach als „Abfertigen am Fließband“ oder als „Aufbewahrungsanstalt“ bezeichnet.

„Ich stelle halt nur fest, das ist anonym geworden und hektischer. Und ja, man fühlt sich mehr durchgeschleust.“ 

Es fällt auf, dass Versorgung dann als schlecht deklariert wurde, wenn Patienten durch ‚höhergestellte‘ Instanzen (etwa ein Sozialgericht, eine Ärztin oder eine Krankenkasse) fremdbestimmt oder ignoriert wurden. Versorgung richtete sich oft nicht am Individuum aus, sondern gewissermaßen an einem Prototyp-Patienten.

„Also das [gemeint ist Reha] war für mich diese vier Wochen wie so eine Aufbewahrungsanstalt. Weil ich ja gar nicht so in der Lage war hier. Da saß man ja auf einem Stuhl mal und die Arme konnte ich gar nicht heben, weil da hatte ich gar keine Schnaufer dafür.“ 

Begegnungen mit Behandelnden wurden explizit kritisiert, wenn Patienten und Patientinnen den Eindruck gewannen, dass ihre eigenen Therapievorstellungen von denen des Behandelnden abwichen und diese eine Agenda verfolgten, die nicht mit ihren Präferenzen übereinstimmten. Zum Beispiel schilderte ein Patient, dass er die Risikoeinschätzung eines Arztes, die er nicht teilte, als „Angstmache“ empfand.

„Ich habe so das Gefühl, dass halt jeder so in seiner Linie ist. Also der Professor [Name des Professors] ist natürlich voll auf Implantieren. Und dann bin ich halt sozusagen versorgt.“ 

Wenn Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz von schlechter Versorgung sprachen, erinnerten sie sich an Situationen, in denen ihnen nicht zugehört worden oder beispielsweise im Krankenhaus auf Essgewohnheiten nicht eingegangen worden sei. Letzteres sei durch wechselnde Ärzteschaft und damit einhergehende Anonymität begünstigt worden. Auch fehlte die Zeit für Aufmerksamkeit in der persönlichen Begegnung, etwa wenn Befunde nicht erklärt oder Patienten nicht begrüßt worden seien. Einige Patienten berichteten außerdem kritisch von Situationen, in denen sie ihrer Meinung nach belogen oder getäuscht wurden.

Interessanterweise spielte bei der als schlecht erlebten Versorgung nicht nur die persönliche Begegnung zwischen Patient und Versorger eine Rolle. Auch die indirekte Interaktion erlebten Interviewte als negativ, etwa wenn sie Einsicht in Arztberichte verlangten, diese dann aber als verschlüsselte Botschaften empfanden. Diskreditierende Formulierungen und die Wahrnehmung solcher Arztbriefe als persönliche Beurteilungen werden mit schlechter Versorgung gleichgesetzt.

„Also sie schreiben: Akutereignisses. Akutereignisses. Können die denn nicht, bitteschön, mit mir deutsch reden. Das heißt Herzinfarkt ... Akutereignisses, ja was ist denn das? ... Das ärgert mich richtig. So, dieses Gefühl. Also, früher hat die Kirche Latein gesprochen. Und da saßen die Gläubigen da unten und haben bläh, bläh, bläh gehört ... Was können wir glücklich sein, dass Martin Luther die Bibel übersetzt hat und jetzt verstehst du, was er sagt. Liebe deinen Nächsten ... Dann kannst du doch das in dir besser aufnehmen.“ 

Negativ wurden auch fehlende Offenheit für therapeutische Vielfalt, fehlende Interprofessionalität und zu starke Spezialisierung erwähnt, etwa dann, wenn der Arzt oder die Ärztin das Alter oder die anderen Erkrankungen eines Patienten bei den Behandlungsüberlegungen nicht berücksichtigt hätten.

› **Empathielosigkeit, respektloses Verhalten der versorgenden Personen und Einrichtungen sowie eine Behandlungsmentalität nach „Schema F“ werden mit schlechter Versorgung gleichgesetzt.**



Patienten mit Depression beklagten, dass ihnen zu wenig Zeit eingeräumt würde. Sie berichteten von Behandlungen, die eher Abfertigungen geglichen hätten.

„Also ich glaube, dass die Situation nicht gut ist. Die Versorgung mit Psychiatern ist, glaube ich, nicht gut. Auch diese Menschen tun ihr Bestes, aber sind da auch eingeschränkt. Die haben die Zeit nicht dafür. Mein Wiedereingliederungsplan beim Psychiater für meine berufliche Wiedereingliederung, also das habe ich mit der Sprechstundenhilfe gemacht. Am Tresen. ... Das ist schon ein Ding!“

Der Faktor Zeit taucht in Schilderungen von zu früher Entlassung oder vom Mangel an niederschweligen oder ambulanten Angeboten auf, die im besten Fall eine Klinikeinweisung hätten verhindern können. Dazu zählten Patienten einen Achtsamkeitskurs genauso wie das Problem, dass nach einer bereits verlängerten Psychotherapie keine neue Psychotherapie bezahlt wurde.

Manchmal sei auch zu viel Zeit für Antragstellungen vergangen, was den Beginn einer Therapie unnötig verzögert habe.

› Zu wenig Zeit der Versorgenden und zu lange Wartezeiten empfinden Patienten als schlechte Versorgung.

Andere Geschichten drehten sich um Medikamente: Es bliebe nicht ausreichend Raum und Zeit für die Beschäftigung mit angemessener Medikation.

„Also am Anfang der Erstkontakt mit dem Doktor, der hat das halt versucht über seinen Weg mit Medikamenten zu probieren. ... Da hat er viele neue Medikamente ausprobiert mit mir. Und dann hat er irgendwann gesagt, jetzt ist er eigentlich mit seinem Latein am Ende. Von daher hatte ich das Gefühl gehabt, das Versuchskaninchen zu sein. ... Er hat das gemacht, was er für richtig empfunden hat.“



Patienten und Patientinnen mit Herzinsuffizienz gewannen ebenfalls den Eindruck, dass Behandelnde sehr unter Zeitdruck stehen. Um dem Effizienzdruck nachzukommen, würden manche Versorger

wie „am Fließband“ behandeln. Patienten verglichen ihre Versorgungssituation mit einem „Supermarkt“, in dem sie „noch ein Pfund Spritze“ angedreht bekommen hätten. Finanzielle Eigenbeteiligungen, um die gewünschte bzw. benötigte Versorgung zu erhalten, nahmen sie als Abwälzung finanzieller Bürden des Systems auf den einzelnen Patienten wahr. Systemkritik, etwa an mangelnder Kostenerstattung, wurde besonders emotional von Frustration und Unverständnis begleitet.

„Das, was eigentlich eher helfen würde [gemeint sind Medikamente und Salben], kriegst du nicht. Musst du selber bezahlen. Verstehen Sie? Das ist doch zum Heulen.“ 

Außerdem wurde schlechte Versorgung mit Behandlungsunterschieden zwischen privat und gesetzlich Versicherten in Zusammenhang gebracht. Insbesondere die Terminvergabe und lange Wartezeiten – also der unzureichende Zugang zu Versorgung – wurden kritisiert und als eine Zwei-Klassen-Versorgung beschrieben.

„Deswegen finde ich es auch ganz fürchterlich, dass manche Menschen, die schwer krank sind, zum Sozialgericht gehen müssen, um irgendetwas, eigentlich eine Selbstverständlichkeit, durchzuboxen.“ 

Systemkritik von Menschen mit Herzinsuffizienz äußerte sich immer wieder darin, wie sie organisatorische Prozesse wahrnahmen. Kritisiert wurde die Anonymität, die durch den häufigen Wechsel der Behandelnden zustande gekommen sei, die Unerreichbarkeit mancher Arztpraxen oder die belastende unmittelbare Versorgungsumwelt, wie etwa Lautstärke, störende Mitpatienten oder schlechte hygienische Verhältnisse, vor allem bei Klinikaufenthalten.

Schlechte Versorgung wurde mit Erfahrungen in Verbindung gebracht, bei denen Patienten und Patientinnen unlautere Praktiken vermuteten, etwa dass Industrie und Ärzte zu eng und nicht ihren Wünschen entsprechend zusammengearbeitet hätten.

› Ökonomisierungstendenzen und Ungleichheiten im Gesundheitssystem werden mit schlechter Versorgung assoziiert.

Diesem Zuviel stand nach Meinung der Patienten ein Zuwenig an Zusammenarbeit gegenüber. Verschiedene Versorgungsinstanzen wie Reha und Krankenkasse müssten sich besser absprechen, Informationen über den Patienten müssten ausgetauscht werden. Man werde zu wenig ‚gelotst‘ und befähigt, in „die richtige Richtung [zu] laufen“.

„Trend zu Schema F ... Dass nicht auf den Patienten direkt eingegangen ist ... Also ich finde, man kann nicht nur das Herz behandeln, wenn jetzt, wie es bei meinem Fall ist, die Krebserkrankung spielt mit eine Rolle ... ‚Herz ist Herz‘. Und ‚Leber ist Leber‘. Und das meine ich damit, [dass] das nicht zusammenläuft.“ 

WIE ERLEBEN MIGRANTINNEN DIE VERSORGUNG IHRER DEPRESSION IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM?

Für den Bericht wurden im Rahmen einer Doktorarbeit auch zwölf Frauen mit Migrationsgeschichte zu ihren Versorgungserfahrungen bei Depression befragt.

DIE BEFRAGTEN

- 12 Frauen aus dem Rhein-Main-Gebiet
- durchschnittlich 57 Jahre alt
- durchschnittlich seit 27 Jahren (10-46 Jahren) in Deutschland
- Herkunft nach UN-Region: Südeuropa (4), Osteuropa (1), Zentralasien (1), Westasien (3), Südasien (3)
- 75 % nicht erwerbstätig
- 100 % gesetzlich versichert
- 33 % mit akademischem Abschluss

Als hilfreich erlebten die Befragten soziale Unterstützung durch Menschen, die sich um sie kümmerten und sich für sie einsetzten. Sie nahmen Behandelnde besonders dann positiv wahr, wenn sie verständnisvoll, engagiert und interessiert waren und sich ausreichend Zeit nahmen. War das nicht der Fall, erlebten die Befragten dies als negativ, z.B. wenn Gespräche zu kurz kamen und Patienten bloß „abgearbeitet“ wurden. Im Alltag aktiv zu sein, eine Tagesstruktur und Ablenkung zu haben, sei ebenfalls hilfreich gewesen. Die Behandlung in Tageskliniken und Tagesstätten erlebten die Befragten als positiv, u.a. weil sie sich dort mit anderen Betroffenen austauschen konnten und sich mit der Depression nicht alleingelassen fühlten. Auch die Unterstützung durch Sozialdienste sei besonders für Migranten wichtig gewesen, da sie ihre Rechte im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem oftmals nicht gut kannten.

Als negativ haben die Befragten Versorgung erlebt, wenn Unterstützung und individuelle Beratung durch die Behandler fehlten, sodass sie die Koordination ihrer Behandlung selbst hätten in die Hand nehmen müssen. Um das zu schaffen, habe aber das nötige Wissen zu den Behandlungsmöglichkeiten, die Kraft und die Konzentration gefehlt. Einige der Befragten waren damit völlig überfordert. Vor allem der Zugang zu Psychotherapie und

psychiatrischer Behandlung sei zu kompliziert und mit teils monatelangen Wartezeiten verbunden gewesen, die sehr belastend seien. Man habe diese Wartezeiten „irgendwie überleben“ müssen.

Die Möglichkeit, sich verständigen zu können, hielten die meisten Befragten für eine Grundvoraussetzung für Diagnostik und Therapie, damit die Kommunikation nicht ‚über ihre Köpfe hinweg‘ laufe. Ein Großteil machte eine Psychotherapie in der Muttersprache bzw. auf Englisch. Die Erwartung, über sprachlich-kulturelle Gemeinsamkeiten auch eine bessere therapeutische Beziehung zu erreichen, bestätigte sich meist nicht. Für einige andere Befragte war es ein Zeichen gelungener Integration und gesellschaftlicher Teilhabe, die Psychotherapie auf Deutsch zu machen.

Aus den Geschichten der Befragten ging hervor, dass Migranten einen großen Informationsbedarf haben, wenn es um psychische Krankheiten und deren Behandlung geht, nicht zuletzt weil es in ihren Herkunftsländern oft kein Konzept von Depression als behandelbarer Erkrankung gebe. Kulturelle Aspekte hätten der Behandlung von Depression manchmal im Weg gestanden, etwa wenn die Herkunftskultur dafür weniger offen gewesen sei und es Vorurteile und Stigmatisierung gegeben habe. Um Vorbehalte aus dem Weg zu räumen, seien niedrigschwellige Angebote wie Gruppentherapien sinnvoll. Komme ein Patient zunächst nicht aus sich heraus, sollten Behandler trotzdem weiter Angebote machen und die Patienten „nicht hängenlassen“. Insbesondere für Migranten seien konkrete Informationen zur Behandlung psychischer Krankheiten, aber auch Aufklärungskampagnen für die Öffentlichkeit und den Arbeitgeber wünschenswert.

VERSORGUNG AUS PATIENTENSICHT: DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE

Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsforschung berichten über Krankheit und Gesundheit größerer Bevölkerungsgruppen, analysieren Daten zu bestimmten Krankheiten und bereiten diese auf. Diese wichtige Aufgabe basiert vornehmlich auf Daten *über* Patienten, nicht notwendigerweise *von* Patienten. Die Forschung nimmt damit gewissermaßen die Vogelperspektive ein, um Aussagen über ganze Bevölkerungsgruppen treffen zu können. Da mit zunehmendem Wandel des Verständnisses seiner Rolle der Patient als Hauptakteur immer stärker in das Zentrum von Forschung rückt und Beachtung findet, wurden hier Versorgungserfahrungen aus der Sicht von Patienten geschildert.

Gute Versorgung entsteht offenbar aus gelungener Interaktion und Kommunikation, die Patienten und Patientinnen und deren Bedürfnisse in den Blick nimmt und für Sicherheit sorgt. Zeit für den kranken Menschen und für Gesundung sowie eine verlässliche, langfristige Betreuung spielen eine große Rolle. Bei der Versorgung von Menschen mit Herzinsuffizienz sind Aspekte wie gut organisierte Versorgungsabläufe und die Kompetenz der Behandelnden von Bedeutung. Depressive Menschen fühlen sich gut versorgt, wenn sie sich durch die Versorgung aufgefangen fühlen.

Aus den Interviews lässt sich entnehmen, dass Versorgung dann als schlecht empfunden wird, wenn Erwartungen enttäuscht werden. Diese Enttäuschungen werden meist in Interaktionssituationen konkret und können sich auf das System (z.B. Kostenerstattung, Wartezeiten, medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapieoptionen) oder auf handelnde Akteure (z.B. irritierende Kommunikation oder Verhalten) beziehen. Ein weiteres Merkmal schlechter Versorgung ist die Überforderung angesichts der eigenen körperlichen und/oder psychischen Probleme. Diese Eingeschränktheit kollidiert häufig mit den Systembedingungen (z.B. selbstständiges Suchen nach einem Therapieplatz bei gleichzeitig sehr beschränkten Psychotherapie-Kapazitäten in Deutschland). Systemkritik äußert sich sehr häufig in Form von Kritik an mangelnder Zeit. Bei Menschen mit Depression und Herzinsuffizienz fällt die Betonung von Problemen mit der Medikation auf, wenn sie über schlechte Erfahrungen mit Versorgung sprachen. Das kann sowohl in Form von Systemkritik geäußert werden (generelle Überbetonung medikamentöser Behandlung) oder sich auf Erfahrungen mit einzelnen Medikamenten und ihren Nebenwirkungen beziehen.

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN IN DEUTSCHLAND – WAS WIR JETZT WISSEN

Warum ist es wichtig, dass wir uns klargemacht haben, was eine chronische Erkrankung ist, welche Besonderheiten in der Behandlung sie mit sich bringt und was sie bedeutet – für die Patienten, für das Gesundheitssystem und für uns alle, die Gesellschaft? Die Antwort findet sich auf allen Seiten dieses Berichts: Weil chronische Krankheiten den Alltag von Menschen prägen, weil sie das Gesundheitssystem und die Arbeitswelt herausfordern und weil sie in unserer alternden Gesellschaft eine zunehmende Rolle spielen. Ein Aspekt chronischer (Vor-)Erkrankungen wurde während unserer Arbeit an dieser Studie unerwartet deutlich: Während der Corona-Pandemie sind die chronisch erkrankten Menschen eine der Hauptrisikogruppen.

„Chronisch krank sein“ hat viele Facetten. Hinter diesem Begriff verbergen sich die verschiedensten Krankheiten und Krankheitsgruppen, von jahrzehntelangen Rückenschmerzen bis zu lebensbedrohlichen Krebserkrankungen, sowie sehr individuelle Lebenswege. Auf vier Krankheitsgruppen sind wir in unserem Bericht exemplarisch eingegangen. Chronisch krank sein bedeutet in jedem Fall, dauerhaft mit gesundheitlichen Einschränkungen zu leben und sich kontinuierlich mit dem Management der Erkrankung beschäftigen zu müssen.

Die meisten Menschen erhalten im Laufe ihres Lebens die Diagnose einer chronischen Erkrankung, viele sogar mehrere. Betroffen sind Menschen aller sozialen Schichten, Frauen und Männer, privat und gesetzlich Versicherte. Das Risiko, chronisch zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. Die Mehrzahl der chronisch erkrankten Patienten ist allerdings nicht hochbetagt.

Die Folgen chronischer Krankheiten sind gravierend, sowohl für die Betroffenen als auch für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft. Dazu zählen eine verringerte Lebensqualität und Funktionalität im Alltag, vorzeitige Sterblichkeit, eine erhebliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Auswirkungen auf die Arbeitsleistung (Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung). Deshalb werden chronische Leiden manchmal als Epidemien des 21. Jahrhunderts bezeichnet.

Sie sehen, wir sind den Spuren chronischer Erkrankungen auf unterschiedlichen Pfaden gefolgt, haben Zahlen und Fakten zusammengetragen,

wissenschaftliche Studien ausgewertet und mit Patientinnen und Patienten gesprochen. Dabei haben wir neue Erkenntnisse gewonnen und alte bestätigt gefunden. Wir haben festgestellt, dass die Herkunft von Daten genauso wie die Perspektive, mit der man auf die Bedeutsamkeit chronischer Krankheiten schaut, eine Rolle spielt. Was eine chronische Erkrankung ist, welche Folgen sie hat und was gute und was schlechte Versorgung für unsere Interviewten mit Herzinsuffizienz oder Depression ausmacht, davon haben wir jetzt eine Vorstellung. Und wir hoffen, Sie auch.

WIR DANKEN SEHR!

Zunächst möchten wir uns bei der Robert Bosch Stiftung bedanken, die die Erstellung dieses Berichts durch ihre Projektförderung möglich gemacht hat. Ohne Frau Dr. Juliana Petersen, die den Projektantrag geschrieben und alle Rahmenbedingungen geschaffen hat, wäre dieser Bericht nicht entstanden. Zu den Rahmenbedingungen gehörte es auch, dass wir eine professionelle Lektorin beauftragen durften, die uns redaktionell sehr unterstützt und konzeptionell beraten hat. Ein Grafikerteam hat den Bericht visuell zu dem gemacht, was er jetzt ist. Großer Dank an Anja Fischer und das Team von Weiß-Freiburg!

Insgesamt haben an dem Bericht neben den genannten Autorinnen sehr viele Menschen mitgewirkt, die uns mit ihren guten Ideen und ihrem Engagement entscheidend weitergeholfen haben. Dazu zählen Dr. Felix Reinhardt, der umfangreiche Vorarbeit für die Kapitel zu Depression geleistet hat, Dr. Jasper Plath (Projektmanagement), Tamara Schwertel (Interviews und deren Auswertung mit an Depression erkrankten Menschen), Dr. Alexandra Berger (Zusammentragen der Informationen zu Depression und ihre Versorgung in Deutschland), Dr. Dorothea Lemke (Vorarbeiten zum ersten Teil des Berichts), Christine Eidmann (Interviews mit Frauen mit Migrationserfahrungen und Depression sowie Auswertung im Rahmen ihrer Doktorarbeit), Eva Breitingner (Co-Screening der systematischen Reviews) und Aljoscha Poth (unser Hiwi für alles). Wertvolle Hinweise verdanken wir dem Advisory Board, das uns u. a. bei der Rekrutierung von Interviewpartnern und -partnerinnen, aber auch bei der Überarbeitung von Texten geholfen hat. Hier ist besonders Helmut Bundschuh, Jürgen Matzat und Prof. Jochen Gensichen zu danken. An dieser Stelle möchten wir auch Frau Professor Andrea Siebenhofer-Kroitzsch sowie Herrn Professor Ferdinand Gerlach nennen, auf deren Unterstützung wir stets bauen konnten!

Ein besonders herzliches Dankeschön möchten wir den Frauen und Männern aussprechen, die bereit waren, unsere Fragen zu beantworten und vom Leben mit einer chronischen Erkrankung zu erzählen. Nur durch sie hatten wir die Möglichkeit, auch über individuelle Versorgungserfahrungen zu berichten!

IMPRESSUM

Chronisch krank sein in Deutschland.
Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen

Autorinnen

Dr. Corina Güthlin
Dr. Susanne Köhler
Mirjam Dieckelmann
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität, Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt am Main
Homepage: <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de>
Email: guethlin@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Redaktion und konzeptionelle Beratung

Anja Fischer, Hannover, www.fischerlektorat.de

Gestaltung

Weiß-Freiburg GmbH – Grafik und Buchgestaltung, Freiburg im Breisgau
www.weiss-freiburg.de

Bildquellen

Infografiken: Weiß-Freiburg; Illustrationen auf den Seiten 1, 9, 35, 80: Weiß-Freiburg unter Verwendung von Bildern von VectorMine/shutterstock.com sowie magurok/clipdealer.com; Icons: M.Style/shutterstock.com

Förderer

Robert Bosch Stiftung

Advisory Board

Nina Kolbe, M.ScN.; Helmuth Bundschuh; Dipl.-Psych. Jürgen Matzat; Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen, MPH; Dr. phil. Dagmar Starke

Zitierweise

Güthlin, C.; Köhler, S; Dieckelmann, M. (2020): Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Online verfügbar unter <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/55045>.

Informationen zu wissenschaftlichen Zwecken können bei den Autorinnen des Berichts angefordert werden.

