

Journal of Health Monitoring · 2021 6(4)
DOI 10.25646/8858

Robert Koch-Institut, Berlin

Daniela Blank¹, Rebekka Redel²,
Martin Tauscher², Joseph Kuhn¹

¹ Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit

² Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Eingereicht: 17.06.2021

Akzeptiert: 21.07.2021

Veröffentlicht: 08.12.2021

Mental Health Surveillance auf Länderebene – Psychiatrieberichterstattung in Bayern

Abstract

Gesundheitsberichterstattung im Bereich Mental Health findet in Deutschland sowohl auf Bundes- wie auch auf Länder- und Kommunenebene statt. Auf Länderebene existieren verschiedene Konzepte und Herangehensweisen. In den Jahren 2020 und 2021 wurde gemäß Artikel 4 des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes der erste Bayerische Psychiatriebericht erarbeitet. Wichtige Datengrundlagen sind dabei unter anderem die Abrechnungs- und Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und die Leistungsdaten der bayerischen Bezirke. Eine Abstimmung zwischen solchen Ländervorhaben und der nationalen Mental Health Surveillance, auch hinsichtlich der Nutzung von Versorgungsdaten, ist anzustreben.

📌 PSYCHISCHE GESUNDHEIT · PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG · GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG · INDIKATOREN · BAYERN

1. Einleitung

Gesundheitsberichterstattung als datengestützte Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung ist eine zentrale Public-Health-Aufgabe und Teil der zehn Kernbereiche von Public Health (Essential Public Health Operations, EPHO), wie sie das europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation 2012 formuliert hat [1, 2]. Als Planungsgrundlage sowie in kooperationsvermittelnder und kommunikativer Hinsicht spielt die Gesundheitsberichterstattung eine maßgebliche Rolle in einem pluralistischen Gesundheitswesen. Dies gilt insbesondere auch im Bereich Mental Health mit seinen sehr heterogenen und segmentierten Versorgungsstrukturen [3].

In der Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene werden Daten zur psychischen Gesundheit und zur

Gesundheitsversorgung psychisch Kranker vor allem durch das Robert Koch-Institut (RKI) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt sowie durch die Gesundheitsberichte der Krankenkassen bereitgestellt. Grundlage hierfür sind auch themenspezifische Module bundesweiter Gesundheitssurveys wie das Zusatzmodul Psychische Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) [4] und die Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten (BELLA), im Rahmen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) [5]. Ein Ausbau erfolgt gegenwärtig durch den Aufbau der nationalen Mental Health Surveillance am RKI (siehe Focus-Artikel [Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring).

Routinedaten aus der Versorgung sind ein wichtiges Element einer Mental Health Surveillance.

Da die Bundesländer wesentlich für die Psychiatrieplanung zuständig sind, besteht auch auf dieser Ebene eine fachspezifische Berichterstattung, einschließlich der Berichte der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), zuletzt aus dem Jahr 2017 [6]. Die Etikettierung der Berichterstattung auf Länder- und kommunaler Ebene ist dabei nicht einheitlich. Es gibt Gesundheitsberichte, die Themen aus dem Bereich der psychischen Gesundheit behandeln, häufig auch eigenständige Psychiatriepläne, die als Fachplanungen außerhalb der Gesundheitsberichterstattung erstellt wurden, inhaltlich aber häufig Gesundheitsberichte darstellen, und neuerdings vereinzelt auch Psychiatrieberichte.

Die Auswahl der Themenfelder, Daten und Formate weist dabei eine enorme Heterogenität auf. Das Themenspektrum reicht von der Beschreibung der epidemiologischen Lage, der Anzahl der Unterbringungen bis hin zur Dokumentation von Präventions- und Versorgungsangeboten in einzelnen Leistungsbereichen, zum Beispiel der medizinischen Versorgung, der Suchtberatung oder der Eingliederungshilfe nach Sozialgesetzbuch IX. Teilweise werden bestimmte Krankheitsbilder unter die Lupe genommen (z. B. Depression [7, 8]) oder bestimmte Settings fokussiert (z. B. Arbeitswelt [9]). Inhaltlich werden hierbei Daten aus den bundesweiten Gesundheitssurveys des RKI, internationalen Studien, amtlichen Statistiken, Abrechnungs- und Versorgungsdaten aufgegriffen; teils werden auch Daten aus eigenen Erhebungen präsentiert (z. B. Befragungen von Expertinnen und Experten [10, 11]). Ebenso variieren formale Aspekte. So finden sich beispielsweise in Sachsen und Bayern in den Psychisch-Kranken-Hilfegesetzen (PsychKHG) rechtlich verankerte Vorgaben zum

Berichtsturnus. Angesichts der unterschiedlichen Themen, Daten und Berichtsformate kann damit genauso wenig von „der“ Psychiatrieberichterstattung die Rede sein wie von „der“ Gesundheitsberichterstattung [12]. Im vorliegenden Beitrag wird der Ansatz des ersten Psychiatrieberichts für Bayern vorgestellt und die Bedeutung von Routinedaten aus der Versorgung, die bisher in der Gesundheitsberichterstattung eher eine nachrangige Rolle spielen, veranschaulicht. Damit soll ein Beitrag zur Diskussion der weiteren Ausgestaltung der Mental Health Surveillance im Zusammenspiel von regionaler, Landes- und Bundesebene geleistet werden.

2. Themenbereiche und Daten des bayerischen Psychiatrieberichts

Im Jahr 2018 hat der Landtag des Freistaates Bayern das Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsych KHG) beschlossen. Das Gesetz sieht in Artikel 4 eine umfassende Psychiatrieberichterstattung zur Epidemiologie und Versorgung vor. Damit hat eine Landesregierung erstmals eine regelhafte (alle drei Jahre) sowie parlamentspflichtige Berichterstattung zur psychischen Gesundheit in ihrem PsychKHG festgeschrieben. Durch das Abbilden von epidemiologischen Basisdaten zur psychischen Gesundheit, krankheitsnahen Schutz- und Risikofaktoren sowie die Beschreibung vorhandener Angebote sollen Prävention und Versorgung weiterentwickelt werden. Dazu zählen auch deren Inanspruchnahme und Kosten bezogen auf die Wohnbevölkerung Bayerns. Bei der Strukturierung der Themen standen die Dimensionen der nationalen Mental Health Surveillance des RKI Pate. Bereits im Vorfeld war

Die Daten ergänzen Befunde aus wissenschaftlichen Surveys – nicht nur im Hinblick auf das Versorgungsgeschehen, sondern auch in der Epidemiologie.

die psychische Gesundheit in der bayerischen Gesundheitsberichterstattung wiederholt Thema [8, 13] – eine Basis, auf der die Psychiatrieberichterstattung aufbauen konnte.

Der erste Bericht wurde 2020/2021 erarbeitet. Neben den amtlichen Statistiken und den Daten der Sozialversicherungen (Rentenversicherung, Krankenkassenberichte, etc.) sind die Abrechnungs- und Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der bayerischen Bezirke (als Träger der überörtlichen Sozialhilfe) eine zentrale Datengrundlage für den Bericht. Die Daten der KVB geben wieder, welche Diagnosen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen beziehungsweise -therapeuten dokumentiert haben, die in Bayern an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Sie gestatten Aussagen zur diagnostizierten Prävalenz auf der Kreisebene und zur Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen. Die bayerischen Bezirke liefern demgegenüber wichtige Struktur- und Prozessdaten aus der komplementären Versorgung, zum Beispiel zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Wohngemeinschaftsplätzen oder Werkstätten für Menschen mit einer seelischen Behinderung. Mehrere Gründe sprechen für diese integrative und systematische Betrachtungsweise: So wirken Leistungsangebote der Eingliederungshilfe und der Daseinsversorgung in das medizinisch-psychotherapeutische Versorgungssystem hinein, insofern sie die Inanspruchnahme maßgeblich mitbestimmen. Dies geschieht beispielsweise, indem sie als Wegweiser fungieren, zur Inanspruchnahme ermutigen oder Behandlungsbedarfe im Vorfeld sichtbar machen. Ein Beispiel dafür sind die in Bayern flächendeckend installierten Krisendienste. Zugleich sind Übergangsraten, zum Beispiel aus geschützten Arbeitskontexten in den allgemeinen

Arbeitsmarkt, ein starker Signalgeber dafür, wie gut oder schlecht es gelingt, die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit einer langanhaltenden psychischen Beeinträchtigung zu verbessern.

Zwar haben die Routinedaten der KVB den Vorteil, dass sie keine Verzerrungen durch Nichtteilnahme aufweisen (wie in Gesundheitssurveys) und sie ohne großen Aufwand regelmäßig aktualisiert werden können, allerdings ist zu beachten, dass die Häufigkeit von Diagnosen nicht mit der Häufigkeit einer Erkrankung gleichzusetzen ist: Wer krank ist, aber ärztliche Hilfe nicht beansprucht, kommt in den Diagnosedaten des Versorgungssystems nicht vor. Zudem erfolgt die Dokumentation einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision; ICD-10: Foo–F99) in vielen Fällen nicht von Anfang an. Verdachtsdiagnosen werden bewusst vorsichtig und zurückhaltend vergeben, um unnötige Stigmatisierungen zu vermeiden. Außerdem fehlen in den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die privat Versicherten, die etwa zehn Prozent der Bevölkerung ausmachen.

Vom ersten Quartal 2019 bis einschließlich vierten Quartal 2019 lag bei etwas mehr als 2,8 Millionen der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern aller Altersgruppen in mindestens zwei Quartalen eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (ICD-10: Foo–F99) vor. In der Altersgruppe der unter 18-Jährigen waren es insgesamt etwas mehr als 285.000 Kinder und Jugendliche. Rechnet man das auf alle gesetzlich Versicherten hoch (28,6% der Erwachsenen, 16,0% der Heranwachsenden), so entsprechen diese Daten in der Größenordnung denen des Moduls DEGS1-MH beziehungsweise der

Im Jahr 2019 lag für etwas mehr als 2,8 Millionen gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten in Bayern die Diagnose einer psychischen Störung vor.

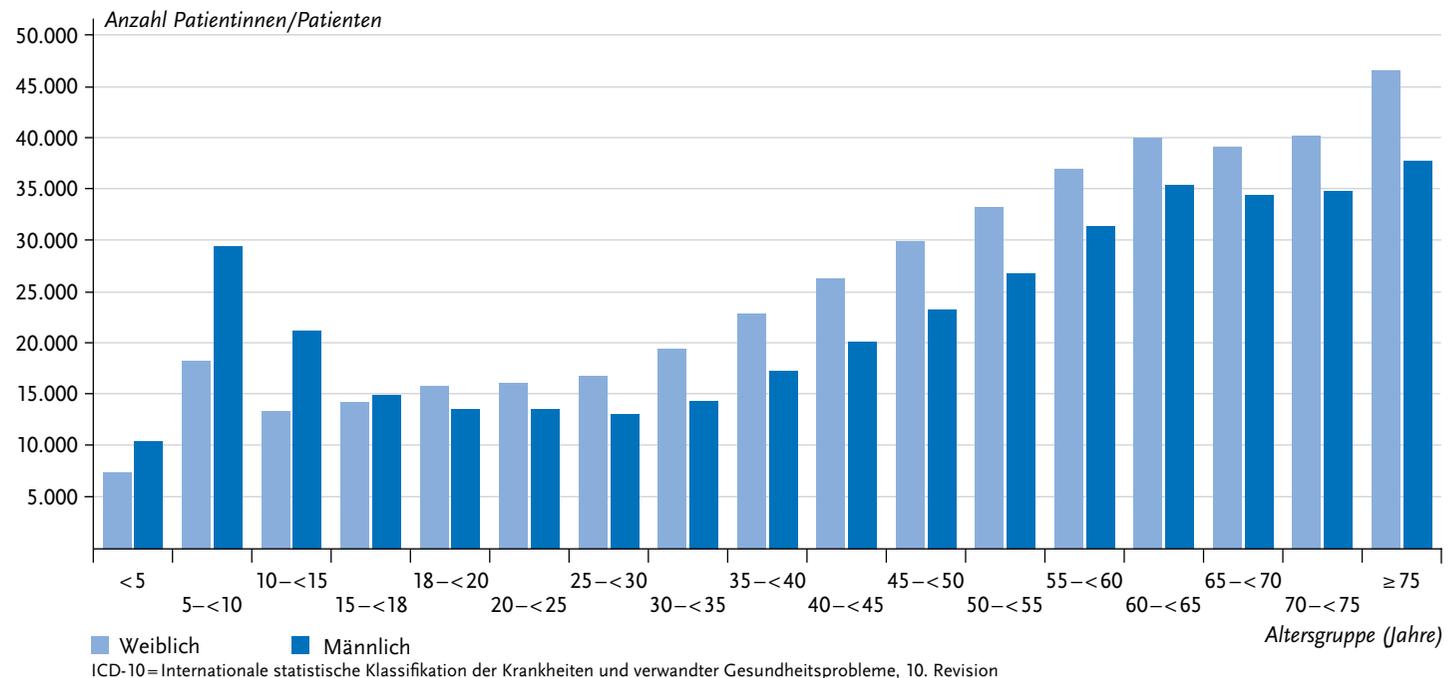
BELLA-Studie. Neben unterschiedlichen Zeitbezügen ist zu beachten, dass die beiden Personengruppen nicht ganz deckungsgleich sind. So ist ein erheblicher Teil der Menschen, bei denen im Modul DEGS1-MH (2009–2012) eine psychische Störung festgestellt wurde, nicht in Behandlung und umgekehrt sind in den Gesundheitssurveys psychisch schwer Erkrankte unterrepräsentiert [14].

Besonders deutlich zeigt sich die Diskrepanz beim Vergleich der Altersgruppen. Beispielsweise ist KiGGs (BELLA Welle 3, 2009–2012) zufolge die Häufigkeit einer psychischen Auffälligkeit oder Störung im Kindes- und Jugendalter bei den 11- bis 13-jährigen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am höchsten [15]. Dagegen zeigen die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

(Abbildung 1), analog zu den deutschlandweiten Versorgungsdaten [16], dass die F-Diagnosen der ICD-10 in der Altersgruppe der 5- bis 10-jährigen am häufigsten sind. Dies kann den mit Schulbeginn relevanten Entwicklungsstörungen zugeschrieben werden, die als F-Diagnosen dokumentiert sind, aber keine psychischen Störungen im eigentlichen Sinn darstellen. Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erfasst Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache oder schulischer Fertigkeiten nicht systematisch [13].

Der Psychiatriebericht liefert eine Zusammenschau aus verschiedenen Datenquellen. Jede Datenquelle hat ihren eigenen Informationsgehalt, aber auch Beschränkungen. Wenngleich mit den Routinedaten nicht alle

Abbildung 1
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung (ambulante Diagnosen, ICD-10: F00–F99) je 100.000 Patienten in Bayern 2019 nach Geschlecht und Alter
Quelle: Abrechnungsdaten Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2019



Die Prävalenz von Diagnosen aus der Gruppe der psychischen Störungen nimmt in der ambulanten Versorgung ab dem jüngeren Erwachsenenalter stetig zu. Im Kindes- und Jugendalter ist das männliche Geschlecht stärker betroffen, ab dem jüngeren Erwachsenenalter das weibliche Geschlecht.

Fragen – insbesondere unabhängig vom Versorgungsgeschehen – geklärt werden können, so zeigen sie doch die Repräsentanz psychischer Störungen im Versorgungssystem. Diese hat in den letzten zwei Jahrzehnten zugenommen, obwohl die Erkrankungshäufigkeiten im Wesentlichen unverändert geblieben sind. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden besser versorgt. Allerdings zeigen die Versorgungsdaten auch deutliche Unterschiede etwa nach Alter oder Region.

Insgesamt ist die Datenlage zur psychischen Gesundheit in vielen Bereichen noch lückenhaft; vor allem im Hinblick auf besondere Belastungssituationen, die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die wirtschaftliche und soziale Lage von chronisch psychisch Kranken. Auch Informationen zur Qualität der Angebote und zu den Koordinierungs- und Kooperationsformen der Akteure sind beschränkt. Für spezifische Versorgungsangebote, wie Supported Employment (spezifische Form der Unterstützung zur Wiedererlangung beruflicher Beschäftigung), Ergo- und Soziotherapie, liegen überhaupt keine Daten vor. Solche Datenlücken sollten perspektivisch mit dem Ausbau der Berichterstattungssysteme auf Länder- und Bundesebene geschlossen werden.

Die Erstellung des bayerischen Psychiatrieberichts war aufgrund der Corona-Pandemie erheblich erschwert, so war die Einbeziehung von externen Expertinnen und Experten bei der ersten Berichterstellung eingeschränkt. Für den nächsten bayerischen Psychiatriebericht (2024) soll verstärkt externe Expertise genutzt werden – insbesondere auch hinsichtlich der Erschließung von Daten. Eine Zusammenarbeit mit der nationalen Mental Health Surveillance am RKI ist dabei vorgesehen.

Korrespondenzadresse

Dr. Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Veterinärstr. 2
85764 Oberschleißheim
E-Mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Zitierweise

Blank D, Redel R, Tauscher M, Kuhn J (2021)
Mental Health Surveillance auf Länderebene –
Psychiatrieberichterstattung in Bayern.
Journal of Health Monitoring 6(4): 69–75.
DOI 10.25646/8858

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. World Health Organization, Regional Office for Europe (2020) The 10 Essential Public Health Operations. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations> (Stand: 07.05.2021)
2. Zukunftsforum Public Health (2021) Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland. <http://zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie/> (Stand: 07.05.2021)
3. Bramesfeld A, Koller M, Salize HJ (Hrsg) (2019) Public Mental Health. Hogrefe, Bern
4. Jacobi F, Mack S, Gerschler A (2013) The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). Int J Methods Psychiatr Res 22(2):83–99

5. Ravens-Sieberer U, Kurth BM, the KiGGS study group, the BELLA Study Group (2008) The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17(1):10–21
6. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2017) Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht der AG Psychiatrie der AOLG mit den Schwerpunktthemen „Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe“ und „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie“. https://www.gmkonline.de/beschluesse_oeffentl/90-GMK-Beschluss-Anlage-TOP-10-2.pdf (Stand: 07.05.2021)
7. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Abteilung Gesundheitswesen, Referat: Gesundheitsplanung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe (2008) Depressionen Regionale Daten und Informationen zu einer Volkskrankheit – Kurzfassung. <https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Depressionsbericht%202008%20LF.pdf> (Stand: 29.04.2021)
8. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017) Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern Schwerpunkt Depression. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, München
9. Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2018) Daten und Trends zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsen-Anhalts im Spiegel der ambulanten und stationären Versorgung sowie in der gesetzlichen Rentenversicherung. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung Sachsen-Anhalt. Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg
10. Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (2012) 3. Thüringer Psychiatriebericht. Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt
11. Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2018) Bestandsanalyse, Prognose und Handlungsempfehlungen zur Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen im Land Sachsen-Anhalt unter Berücksichtigung demografischer und regionaler Entwicklungen. Abschlussbericht. Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg
12. Kuhn J (2008) Gesundheitsberichterstattung. Welche Theorie für welche Praxis? *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 43:404–408
13. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016) Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, München
14. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85:77–87
15. Klasen F, Meyrose AK, Otto C et al. (2017) Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschr Kinderheilkd* 165:402–407
16. Steffen A, Akmatov MK, Holstiege J et al. (2018) Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/93/VA_18-07_Bericht_PsychStoerungenKinderJugendl_V2_2019-01-15.pdf (Stand: 29.04.2021)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit