Prof. Dr. rer. nat. Winfried Rief

Die Versorgung psychisch Kranker: What's going wrong?

Zusammenfassung

Einleitung: Die Versorgung psychischer Erkrankungen ist in einer Negativspirale: einerseits steigt kontinuierlich der Versorgungsbedarf, aber auch die allokierten Ressourcen (mehr Pharmako- und mehr Psychotherapie), andererseits verbessert sich die Qualität der Versorgung nicht nennenswert. Einige Versorgungsaspekte tragen spezifisch hierzu bei: sowohl bei psychopharmakologischen als auch bei psychotherapeutischen Behandlungen psychischer Erkrankungen müssen wir davon ausgehen, dass mehr als die Hälfte der behandelten Patient:innen keinen ausreichend befriedigenden Zielzustand erreicht; in der Routineversorgung sind diese Daten vermutlich noch nennenswert schlechter.

Methoden: Es wird eine Analyse der Versorgungssituation vorgenommen, Impulse aus einem internationalen Versorgungsprojekt in England berichtet und daraus Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland abgeleitet.

Ergebnisse: Es wird zu viel stationär behandelt, und Deutschland nimmt eine Spitzenposition weltweit ein. Viele Innovationsvorschläge beruhen eher auf dem Prinzip: „More of the Same", als wirklich innovativ zu sein. Daraus werden folgende 4 Aspekte einer notwendigen radikaleren Innovation abgeleitet: (1) Stepped-Care-Modelle (auch unter Berücksichtigung von digitalen Versorgungsmöglichkeiten und von KI-gestützten Neuentwicklungen), (2) eine Verschiebung weg von stationärer (oft wohnortferner) Versorgung und hin zu neuen, interdisziplinären Versorgungszentren im ambulanten Bereich, (3) Etablierung „selbstlernender Gesundheitsversorgungsmodelle" mit kontinuierlicher Verbesserung in der Hand der entsprechenden Professionen und (4) ein Fokus auf stärker problemorientierte und lebensweltorientierte Behandlungen. Bisherige Hindernisse werden aufgeführt.

Diskussion: Der Gesetzgeber, der Innovationsfonds, alle Anbieter und Finanzierer von Gesundheitsleistungen sind aufgefordert, hier bestehende Schranken einzureißen und innovative Versorgungskonzepte zu fordern und zu fördern.

Schlüsselwörter

Psychische Gesundheit, Gesundheitssysteme, Selbstlernsystem, Stufenweise Versorgung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2825

Psychische Erkrankungen haben eine Spitzenposition bezüglich Arbeitsunfähigkeitstagen erreicht. Die entsprechenden Zahlen sind die letzten zwei Jahrzehnte um ca. 250% gestiegen und steigen weiter. Ein Ende des Trends ist nicht abzusehen. Viele Faktoren können für eine solche Entwicklung verantwortlich sein, jedoch ist trotzdem erstaunlich, dass parallel zu dieser Entwicklung auch die Behandlungskosten weit mehr als verdoppelt wurden, sowohl für die Behandlung mit Psychopharmaka als auch für die Behandlung mit Psychotherapie. Laut Weltgesundheitsorganisation WHO wird Depression in Zukunft Rang 2 bezüglich der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (gemäß den DALYs) einnehmen. Dabei stellen Arbeitsunfähigkeitstage nur einen Aspekt der gesellschaftlichen Belastungen durch psychische Erkrankungen dar. Der Produktionsausfall in Betrieben oder Behörden durch Menschen mit psychischen Erkrankungen ist volkswirtschaftlich hochrelevant. Hinzu kommt aber selbstverständlich auch das persönliche Leiden der Betroffenen als zu berücksichtigender Faktor, aber auch der Familien von Betroffenen und des gesamten sozialen Umfelds. Psychische Erkrankungen werden nicht nur durch genetische Faktoren, sondern auch durch die familiäre Belastung häufig an Kinder weitergegeben. Wenn jeder Dritte im Laufe eines Lebens von einer psychischen Erkrankung betroffen sein wird und eine Gesellschaft nicht gut mit psychischen Erkrankungen umgehen kann, hat sie ein grundsätzliches Problem.

>> Dabei liegen für die meisten psychischen Erkrankungen gute Behandlungsleitlinien vor, die auf die wissenschaftliche Evidenz aufbauen und erfolgreiche Behandlungen nahelegen. Eine betonenswerte Veränderung bei den Behandlungsleitlinien ergab sich die letzten 30 Jahre durch die zunehmend stärkere Berücksichtigung psychotherapeutischer Behandlungen, die zwischenzeitlich bei fast allen psychischen Erkrankungen zu den „first line treatments" zählen, manchmal sogar vor den pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten (z. B. im Bereich der Zwangserkrankungen, Traumafolgestörungen, Insomnien). Nachdem im Bereich Psychopharmakologie über Jahrzehnte eine gewisse Stagnation zu verzeichnen war, werden nun neue Hoffnungen in Behandlungsansätze z. B. mit Psychodelika gesteckt. Trotz dieser Erfolgsmeldungen zeigt die aktuelle wissenschaftliche Bewertung auch eindeutige Schattenseiten der Behandlungsansätze. Im Bereich Psychopharmakotherapie wird von einer Erfolgsquote (Response Rate) von unter 50% ausgegangen; neue Metaanalysen mit über 50.000 Patientinnen und Patienten bestätigen, dass die Erfolgsraten von Antidepressiva zu 80% bereits in der Placebo-Gruppe zu finden sind und die Spezifität der Wirkung deshalb fraglich ist (Meyerson, Pieper, & Hoyle, 2023). Selbst bei Menschen mit schweren Depressionen werden solche hohen Response-Raten in der Placebo-Gruppe gefunden, was darauf hinweist, dass wir noch weit von spezifisch wirksamen Behandlungen entfernt sind. Bei den „neuen" Psychopharmaka erscheint die Differenzierung zu reinen Placebo-Wirkungen besonders erschwert (Lii et al., 2023). Aber auch im Bereich Psychotherapie sieht es nur unwesentlich besser aus: Auch hier berichten neue, realistischere Metaanalysen von Erfolgsquoten unter 50% bei den wissenschaftlichen Studien, in der Versorgungspraxis geht man von niedrigeren Erfolgsquoten aus (Cuijpers et al., 2020). Psychotherapeutische Ansätze scheinen wenigstens etwas langanhaltender zu wirken: nach Beendigung der Therapien finden sich bei rein pharmakologisch Behandelten häufig Rückfälle (Voderholzer et al., 2024).

Auffallend bei vielen klinischen Studien ist, dass gerade Bereiche wie Arbeitsfähigkeit oder allgemein Krankheitsbeeinträchtigung oftmals nicht ausreichend in den Fokus genommen wurden, sondern Studien rein auf die klinischen Primär-Outcomes fokussieren. Zusätzliche Probleme zeigen sich in der Versorgungspraxis: Die Anzahl relativ bald wieder abgesetzter Medikamente durch Patientinnen und Patient:innen bei Psychopharmaka ist hoch. Bei den hausärztlich verordneten Psychopharmaka wird mindestens von einem Drittel der Patienten in den ersten Monaten das Medikament wieder abgesetzt (Garcia-Marin et al., 2023). Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist zwar bezüglich der finanzierten Ver-

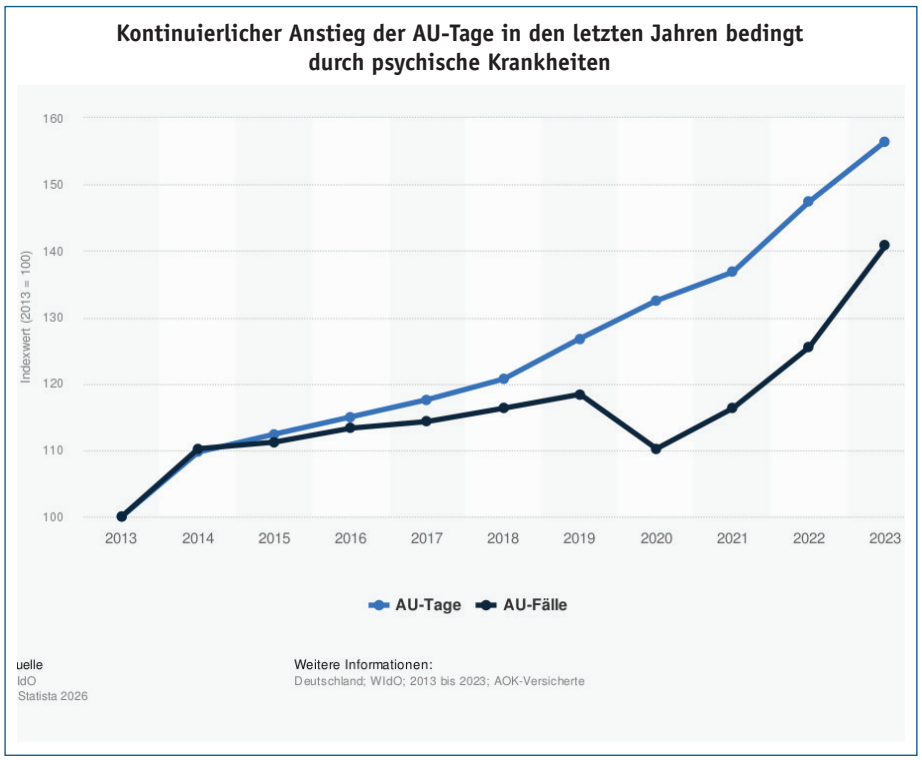


Abb. 1: Kontinuierlicher Anstieg der AU-Tage in den letzten Jahren bedingt durch psychische Krankheiten. Statista 2025.

sorgungsleistungen im internationalen Spitzenbereich, trotzdem bestehen lange Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz und die Behandlungszeiten sind im internationalen Vergleich exorbitant lang (Gallas, Puschner, Kühn, & Kordy, 2010). Der Präferenz von Patientinnen und Patienten, im Zweifelsfall lieber Psychotherapie als Psychopharmakotherapie zu erhalten, kann im Normalfall nicht entsprochen werden, selbst wenn dies nach Leitlinienempfehlung der beste Weg wäre (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013).

Eine Besonderheit der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland ist der weltweite Spitzenplatz im Bereich stationärer Versorgung. In keinem Land dieser Erde werden Menschen mit psychischen Erkrankungen so häufig (oft auch in wohnortfernen) stationären Einrichtungen zur Behandlung untergebracht wie in Deutschland (Papanicolas, Woskie, & Jha, 2018). Dabei birgt eine wohnortferne stationäre Behandlung nicht automatisch den Vorteil einer qualitativ hochwertigen und komplexeren Behandlung: in einer früheren Übersicht über stationäre psychosomatische Reha-Behandlungen zeigten sich zwar manche mit exzellenten kurzfristigen Behandlungsergebnissen, andere jedoch erreichten nicht mal kurzfristig nachweisbare Besserungen bei den untersuchten Stichproben (mindestens 40 Personen pro Klinik; (Schulz, Barghaan, Harfst, & Koch, 2008; Watzke et al., 2008)). Zwar wird es auch aus Sicht des Autors langfristig die Notwendigkeit von stationären Behandlungen im Bereich psychischer Erkrankungen geben, trotzdem ist recht eindeutig, dass zu viel Patientinnen und Patienten in Deutschland teuer stationär behandelt werden mit all den Nachteilen, die eine stationäre Behandlung auch hat: fern von Familie und Arbeitsplatz, aber oftmals auch fern von den Lösungen der realen Konflikte in der Lebenswelt der Personen.

Auch als Mitglied der Expertengruppe des Innovationsfonds kann man feststellen, dass viele Versuche zur Verbesserung der Versorgungssituation gestartet wurden. Wissenschaftlich begleitete Versuche zur Erhöhung der Compliance, Spiegelmessungen bei Psychopharmaka, Verpflichtung zu Akutgesprächen in der Psychotherapie, aber auch weitere politische Initiativen wie „Komplexbehandlungen" oder bessere ambulante Angebote angegliedert an stationäre Einrichtungen können genannt werden. Und doch: an der eingangs skizzierten Problemsituation hat sich nichts geändert. Das Problem der Innovationen der letzten Jahre und Jahrzehnte war die Nähe zu „more of the same". Offensichtlich geht es aber nicht um kleine Veränderungen im bestehenden System: radikale Innovation wäre gefragt. Sucht man nach wahrlich innovativen Projekten z. B. beim Innovationsfonds des G-BA, so kann dort kaum Begeisterung aufkommen. Viele Projektvorschläge kommen doch eher aus der Innensicht heraus, anstatt radikal neue Ansätze voranzubringen. Psychiater:innen schlagen Verbesserungen zur Medikamenten-Compliance und zur Steigerung des Medikamentenverbrauchs vor, Psychotherapeutinnen fordern mehr Kassensitze und möchten bestimmte psychotherapeutische Ansätze häufiger im Gesundheitssystem vertreten sehen, und schließlich gibt es auch noch die Versuche, über digitale Adaptationen bestehende Angebote kostengünstiger anzubieten, was logischerweise nicht mit mehr Effektivität einhergeht. Das Denken und Handeln aus dem bestehenden System heraus, oftmals noch gewürzt mit berufspolitischen oder Psychotherapieschulen-spezifischen Konflikten, scheint Innovation eher zu verhindern als zu fördern.

Exkurs zum englischen Versorgungsmodell

Wegen der Größe und kontinuierlichen Analyse von Fragestellungen im englischen Versorgungsmodell „Talking Therapies", das aus dem Versorgungsmodell „Improving Access to Psychological Treatments" (IAPT) hervorging und in dem zurzeit 500.000 bis 1 Mio. Patientinnen und Patienten jährlich behandelt werden, sollen einige Impulse entnommen werden, bevor Empfehlungen zur Versorgungsänderung im deutschsprachigen System gezogen werden. Eine Besonderheit des englischen Systems ist, dass von über 99% der teilnehmenden Patientinnen und Patienten Daten zur Rückmeldung zu den Behandlungen in einem Stufen-Versorgungsmodell vorliegen. Diese Daten werden kontinuierlich zu Initiativen zur Veränderung des Versorgungsmodells verwendet, es sind also kontinuierliche Kreisläufe zur Qualitätsverbesserung implementiert. Begonnen hat das Programm 2008 mit der Etablierung eines Stufenmodells der Versorgung und einem Fokus auf evidenzbasierte Maßnahmen. Auch wenn dies bereits ein unglaublicher Kraftakt war, waren die ersten

Ergebnisse doch eher enttäuschend mit Responseraten von etwa 20% (wobei wir auch in Deutschland nicht davon ausgehen können, in der Routineversorgung höhere Erfolgsquoten zu erreichen). Erst durch die systematische Verbesserung im Rahmen von Rückmeldeschleifen in den folgenden Jahren konnten die Erfolgsquoten in der Routineversorgung auf über 50% erhöht werden, also Erfolgsquoten, wie wir sie sonst bestenfalls in kontrollierten Studien erreichen. Man kann also festhalten, dass die Verankerung von gutgedachten evidenzbasierten Maßnahmen alleine nicht ausreichend ist, um Erfolge in substanziellem Umfang zu erhalten, sondern dass die Implementierung im Sinne eines lernenden Systems erfolgen muss, was durch kontinuierliche Rückmeldeprozesse sich permanent weiterentwickelt. Zum Zweiten wurde deutlich, dass mit steigenden Wartezeiten auf Behandlungsplätze sich die Behandlungsprognose substantiell verschlechtert. Wenn mehr als 4–6 Wochen auf einen Psychotherapieplatz gewartet werden muss (also der für Deutschland übliche Fall), bricht die Erfolgsaussicht substanziell ein. Eine weitere Erkenntnis war, dass auch bei Stepped-Care-Modellen Algorithmen vorzusehen sind, dass bei dringenden Fällen bereits von Anfang an eine intensivere Versorgung begonnen werden soll, und nicht zwangsläufig step by step begonnen werden muss. Schließlich wurde auch untersucht, inwiefern eine Gate Keeper Funktion im Bereich der Hausärztinnen und Hausärzte zu einer besseren Allokation führte. Dies war nicht der Fall; im Gegenteil, die Vorselektion durch Hausärzt:innen führte zu einer stärkeren sozialen Ungerechtigkeit im Sinne von mehr intensiverer psychologischer Betreuung für Menschen aus gehobeneren sozialen Schichten.

In den letzten 10 Jahren hat dieses Programm aufgrund der Rückmeldungen zunehmend Problemgruppen identifiziert, bei denen offensichtlich Versorgungsdefizite bestehen. So konnte festgestellt werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund deutlich weniger von den Angeboten profitieren als Patientinnen und Patienten mit Wurzeln im eigenen Land. Darauf aufbauend wurden diverse Veränderungen am Programm vorgenommen, um mehr kultursensible Behandlungsangebote und Versorgungsstrukturen zu etablieren. Dies führte dazu, dass letztendlich auch bei Menschen mit Migrationshintergrund, People of Colour etc. vergleichbare Erfolgsquoten erreicht werden konnten.

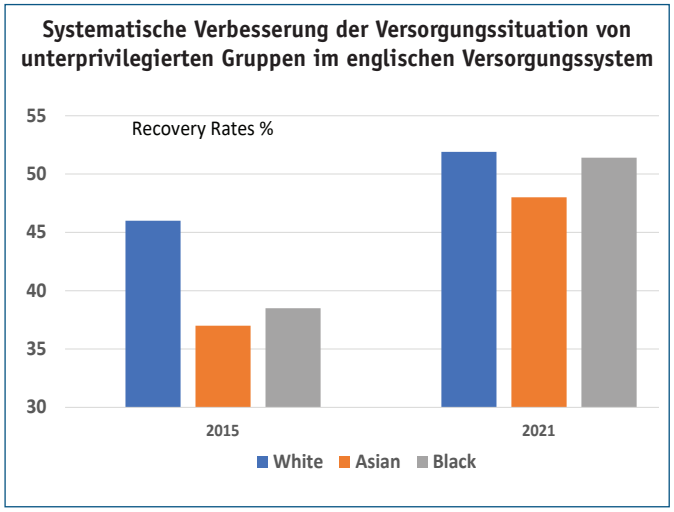


Abb. 2: Systematische Verbesserung der Versorgungssituation von unterprivilegierten Gruppen im englischen Versorgungssystem. Eigene Darstellung.

Diese kleine Auswahl an Ergebnissen des sich kontinuierlich weiterentwickelnden Prozesses soll deutlich machen, dass es für ein gutes Versorgungssystem nicht ausreichend ist, ein paar gute Ideen zu haben und diese dann flächendeckend zu implementieren (was schon schwierig genug ist), sondern dass Versorgungssysteme erst dann erfolgreich werden, wenn kontinuierliche Rückmeldeschlaufen etabliert werden, Problembereiche identifiziert werden und auf diese dann systematisch reagiert wird, bis sie im Sinne eines Qualitätsmanagementverfahrens zu einer substanziellen Besserung geführt haben („lernende Versorgungssysteme“). Weitere Informationen zum englischen Programm können aus der Literatur entnommen werden (Clark, 2018).

Mögliche Lösungswege für die aktuellen Versorgungsdefizite psychisch Erkrankter in Deutschland

Sicherlich können manche Verbesserungen erreicht werden, wenn wir mit Varianten bestehender Behandlungsangebote versuchen, eine bessere Versorgung zu erreichen. Mehr evidenzbasierte Behandlungen, besserer Compliance aufseite der Behandelnden und der Patientinnen und Patienten, indikativere Ressourcenallokation, ambulante Komplexbehandlungen wären Beispiele, wie dies zum Teil vorgeschlagen oder versucht wird. Trotzdem: für eine grundsätzliche Verbesserung wird es wohl notwendig werden, bisherige Denkkreise zu verlassen und komplett neue Ansätze zu etablieren.

Stepped-Care-Modelle

Letztendlich sind Stepped-Care-Modelle eine offensichtliche Notwendigkeit. Es wird immer eine Untergruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen geben, die sehr intensive Behandlungen benötigen, bei denen die Belastbarkeit akut und dauerhaft gefährdet ist und Invalidität droht. Andererseits muss nicht jeder Studierende mit Prüfungsängsten oder Selbstwertproblemen, auch wenn das subjektive Leiden hoch sein kann, gleich jahrelange psychotherapeutische Behandlung erhalten. Die Indikation für stationäre Behandlung muss drastisch nach unten gedrosselt werden zugunsten besserer, aber kostengünstigerer ambulanter Versorgung. Aus solchen Überlegungen resultieren Stepped-Care-Systeme, die auch die Möglichkeiten digitaler Behandlungen und neuer KI-gesteuerter Systeme berücksichtigen, gerade auch wenn sie die zusätzliche Möglichkeit bieten, Sprachanpassungen für Menschen mit Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache zu ermöglichen. Als Lehre aus dem englischen System kann gezogen werden, dass Expertinnen und Experten die Möglichkeit haben müssen, Patientinnen und Patienten von Anfang an nach Indikationsentscheidung auch zu höheren Stufen des Stepped-Care-Modells zuzuordnen, um längere Vorbehandlungen zu vermeiden, wenn diese wahrscheinlich nicht zum Erfolg führen werden. Gleichzeitig müssen die Möglichkeiten niederschwelliger Behandlungen konsequenter genutzt und eva-luiert werden.

Ambulante Versorgungsnetzwerke als Alternativen zur stationären Behandlung

Sektorenübergreifende Verschiebungen im Behandlungsangebot sind in Deutschland bislang fast unmöglich, da verschiedene

Gesetze der Trägheit (insbesondere Motive finanzieller Art) dagegenarbeiten. Trotzdem, hier ist auch der Gesetzgeber gefordert: Die hohe Rate an stationären Behandlungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland ist inakzeptabel, international beispiellos und fordert eine radikale Veränderung. Ambulante Versorgungsnetzwerke sind ein guter Gedanke hierzu, auch wenn bisherige Umsetzungsvorschläge zu schwerfällig sind und deshalb nicht ausreichend genutzt werden. Beim neuen Psychotherapeutengesetz hat der Gesetzgeber interessanterweise Interdisziplinäre Behandlungszentren vorgesehen, die auch z. B. einen stärkeren Fokus auf die Wiederherstellung der (beruflichen oder schulischen) Belastbarkeit legen können als bisherige Behandlungsangebote. Neben einem psychotherapeutischen Schwerpunkt sowie einer ärztlichen Mitbetreuung können bei interdisziplinären Behandlungszentren Sozialarbeiter (z. B. für die berufliche Reintegration) und Physiotherapeuten (zur Erhöhung der körperlichen Belastbarkeit) zentrale Rollen spielen. Nicht nur hier, aber auch hier muss man sich auch von alten Vorstellungen, dass solche Versorgungsnetzwerke oder Behandlungszentren immer nur ärztlich geleitet sein können, lösen: Es funktioniert nicht, wenn bei dem Mangel an ambulanten Psychiaterinnen und Psychiatern diese dann auch noch beauftragt werden, ambulante Behandlungszentren zu initiieren und zu managen. Eine professionelle Öffnung auch auf Leitungsebene unter kontinuierlicher Qualitätsevaluation, wie kürzlich bei den DMPs Depression geschehen, ist sinnvoll und zielführend.

„Lernende Versorgungssysteme“: Etablierung systematischer Rückmeldesysteme

Auch wenn wir in Deutschland bezüglich der Digitalisierung noch weit zurückliegen, ist dies trotzdem der Weg der Zukunft: Bei jedem Hotelaufenthalt wird der Gast anschließend nach einer Evaluation gefragt, warum sollte dies nicht auch bei jedem Kontakt mit dem Gesundheitssystem funktionieren und wichtige Steuerungsfunktion übernehmen können? Dies könnte eingespeist werden in Datenbanken, die durchaus von den Fachwissenschaftler:innen und Kammern, also von den Fachpersonen, beaufsichtigt und analysiert werden, um einen möglichen Makel zu vermeiden, dass über diese Schiene die Finanzierer des Gesundheitssystems nur auf die Kostenbremse drücken möchten. Ein solches Rückmeldesystem muss damit verbunden sein, dass mindestens jährlich Analysen vorgenommen werden, bei welchen klinischen Gruppen, welchen Problemkonstellationen, in welchen Regionen Versorgungsdefizite struktureller Art als auch bzgl. der Ergebnisqualität identifiziert werden können, auf die aufbauend dann Interventionsprogramme geplant und umgesetzt werden.

Problemorientierte und lebensweltorientierte Behandlungen

Behandlungsleitlinien und entsprechend auch viele Behandlungsentscheidungen basieren auf den Diagnosen, für die jedoch zu Recht festgestellt wurde, dass sie als Basis der Indikationsentscheidung von Behandlungen nur schlecht geeignet sind (Rief et al., 2023) (siehe auch die amerikanische Entwicklung um das RDoC-System; nimh.nih.gov/health). Mindestens in Ergänzung zu klinischen Variablen müssen auch die realen Problemkonstellationen und Lebenswelten in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden, die einen Behandlungsbedarf mitbegründen (z. B. Arbeitsunfähigkeit, familiäre Konflikte, individuelle Problemkonstellationen jenseits der klinischen Problematik). Psychische Erkrankungen sind biopsychosoziale Störungen, sodass von vornherein rein biologische Behandlungen (z. B. Pharmakotherapie) genauso zu kurz springen wie langwierige psychotherapeutische Behandlungen, die zu wenig auf die reale Lebenswelt der Patient:innen eingehen und Aspekte wie Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit oder sonstige reale Umgebungsprobleme unzureichend berücksichtigen. Die psychotherapeutischen Behandlungsansätze müssen sich hier von ihrer „verfahrensspezifischen Selbsthypnose“ lösen und auf die Realprobleme insbesondere auch unterversorgter Gruppen eingehen. Beispiele für unterversorgte Gruppen sind ältere Menschen, Kleinkinder im sehr frühen Alter, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit körperlichen Beschwerden, die eine psychotherapeutische Behandlung notwendig machen, und mehr. Psychotherapeutische Ansätze müssen den Elfenbeinturm ihrer Theorieschulen verlassen und gemeinsam

Literatur

Clark, D. M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. Annual Review of Clinical Psychology, 14, 159–183.
Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. World Psychiatry, 19(1), 92–107.
Gallas, C., Puschner, B., Kühn, A., & Kordy, H. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 60(01), 5-13.
Garcia-Marin, L. M., Mulcahy, A., Byrne, E. M., Medland, S. E., Wray, N. R., Chafota, F., et al. (2023). Discontinuation of antidepressant treatment: a retrospective cohort study on more than 20,000 participants. Annals of general psychiatry, 22(1), 49.
Lii, T. R., Smith, A. E., Flohr, J. R., Okada, R. L., Nyongesa, C. A., Cianfichi, L. J., et al. (2023). Randomized trial of ketamine masked by surgical anesthesia in patients with depression. Nature mental health, 1(11), 876-886.
McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. The Journal of clinical psychiatry, 74(6), 13979.
Meyerson, W. U., Pieper, C. F., & Hoyle, R. H. (2023). Use of Quantile Treatment Effects Analysis to Describe Antidepressant Response in Randomized Clinical Trials Submitted to the US Food and Drug Administration: A Secondary Analysis of Pooled Trial Data. JAMA network open, 6(6), e2317714-e2317714.
Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health care spending in the United States and other high-income countries. JAMA - Journal of the American Medical Association, 319(10), 1024–1039.
Rief, W., Hofmann, S. G., Berg, M., Forbes, M. K., Pizzagalli, D. A., Zimmermann, J., et al. (2023). Do we need a novel framework for classifying psychopathology? A discussion paper. Clinical Psychology in Europe, 5(4), e11699.
Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., & Koch, U. (2008). Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 41. Psychotherapeutische Versorgung. Berlin: Robert Koch Institut.
Voderholzer, U., Barton, B. B., Favreau, M., Zisler, E. M., Rief, W., Wilhelm, M., et al. (2024). Enduring effects of psychotherapy, antidepressants and their combination for depression: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychiatry, 15.
Watzke, B., Barghaan, D., Lang, K., Rabung, S., Koch, U., & Schulz, H. (2008). Behandlungsergebnisse in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit psychischen /psychosomatischen Erkrankungen im Klinikvergleich. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 18, 329-333.

Lösungen für diese Realprobleme erarbeiten. Dazu sollte auch die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren kritisch reflektiert werden. Aktuell entscheidet ein wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, ob ein psychotherapeutischer Behandlungsansatz pauschal für alles zugelassen wird oder nicht Gegenstand der gesetzlichen Krankenversorgung wird; Indikationsregeln oder Effektivität bezüglich bestimmter Realprobleme jenseits der klinischen Symptomatik spielen eine untergeordnete Rolle. Ein alternativer Ansatz wäre hier, problem- und indikationsspezifisch zu entscheiden, welcher Behandlungsansatz in welchem Umfang bei welchem Problem und welchen Kontextbedingungen wissenschaftlich am ehesten zu empfehlen wäre.

Fazit

Die Versorgung psychischer Erkrankungen ist in einer Negativspirale von kontinuierlich ansteigendem Bedarf und ansteigendem Behandlungsangebot, ohne dass die Qualität der Versorgung wesentlich verbessert wird oder die Behandlungserfolge steigen würden. Sowohl bei psychopharmakologischen als auch bei psychotherapeutischen Behandlungen psychischer Erkrankungen müssen wir davon ausgehen, dass mehr als die Hälfte der behandelten Patient:innen keinen ausreichend befriedigenden Zielzustand erreicht; in der Routineversorgung sind diese Daten vermutlich noch nennenswert schlechter. Deshalb ist ein radikales Umdenken notwendig, bei dem jedoch das Denken von „innen heraus“, das berufspolitisch motivierte Handeln oder Psychotherapieschulen-spezifische Herangehensweisen mehr hinderlich als förderlich sind. Der Gesetzgeber, der Innovationsfonds, alle Anbieter und Finanzierer von Gesundheitsleistungen sind aufgefordert, hier bestehende Schranken einzureißen und innovative Versorgungskonzepte zu fordern und zu fördern, insbesondere wenn diese über Feedback-Schlaufen eine kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung ermöglichen. <<

The care of mentally ill patients: What's going wrong?

Introduction: The treatment of mental illness is caught in a downward spiral: on the one hand, the demand for care is constantly increasing, as are the resources allocated (more pharmacotherapy and more psychotherapy), while on the other hand, the quality of care is not improving significantly. Some aspects of care contribute specifically to this: in both psychopharmacological and psychotherapeutic treatments for mental illness, meta-analyses indicate that more than half of the patients treated do not achieve a sufficiently satisfactory response; in routine care, these data are probably even worse.

Methods: The situation of mental health care in Germany is analyzed, and some insights from an international mental health care program are reported. This creates the basis for outlining some recommendations for change of the German health care system.

Results: Too much treatment is provided on an inpatient basis, and Germany ranks on top in the world in this regard. Many innovation proposals are based on the principle of “more of the same” than on being truly innovative. The article outlines the following four aspects of a necessary, more radical innovation: (1) Stepped care models (also taking into account digital care options and AI-supported new developments), (2) a shift away from inpatient care (often far from home) and toward new, interdisciplinary care centers in the outpatient sector, (3) the establishment of “self-learning healthcare models” with continuous improvement in the hands of the relevant professions, and (4) a focus on more problem-oriented and life-world-oriented treatments. Previous obstacles are listed.

Discussion: Legislators, the innovation fund, all providers and financiers of healthcare services are called upon to break down existing barriers and to demand and promote innovative mental health care concepts.

Keywords

Mental Health, Health Care Systems, Self-learning system, Stepped care

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Rief, W.: „Die Versorgung psychisch Kranker: What's going wrong?“ (MVF 02/26), S. 82–86. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2825

Prof. Dr. rer. nat. Winfried Rief ORCID: 0000-0002-7019-2250
ist Professor für klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Marburg und Leiter einer Psychotherapie-Ambulanz. Er hat langjährige Erfahrungen im stationären psychiatrischen und psychosomatischen Bereich. Er ist Sprecher der LOEWE-Exzellenzinitiative DYNAMIC und war Co-Chair der Arbeitsgruppe zur Einführung eines neuen Schmerz-Klassifikationssystems in ICD-11.
Kontakt: RiefW@staff.uni-marburg.de

