

Die moderne Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Machbarkeit und Finanzierbarkeit

Thomas Szucs^a, Eva Blozik^{a, b, c}, Oliver Reich^a

^a Helsana AG, Zürich, Schweiz

^b Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

^c Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Summary

Between Scylla and Charybdis – the underlying conflict in modern psychiatry between plausibility and affordability

This article casts light on the conflicting priorities of plausibility and affordability of psychiatric health care services from the point of view of the Swiss Compulsory Health Insurance (OKP). The basis for this paper is the wildly diverging psychiatric health care costs in Switzerland. We present the potential causes of such discrepancies, as this constitutes a strong indicator that health care services are rendered not (only) for medical reasons, and that undesirable differences in health care at least partially account for this situation. Potential causes of these differences are thereby indicated, as well as possible approaches to resolve issues related to the aforementioned conflicting interests.

Key words: psychiatry; mental health care; Switzerland; health insurance; heterogeneity; variation; evidence-based medicine; guidelines; cost

Ausgangslage

Psychische Störungen bringen eine erhebliche Krankheitslast mit sich [1]. Sie haben insofern häufig erhebliche Folgen, als dass sie sich oft auf alle Lebensbereiche auswirken. So ist in vielen Fällen das Arbeitsleben betroffen, was sich in einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit oder in Fehlzeiten äussern kann [2].

Psychische Störungen wirken sich neben den Belastungen bei den direkt Betroffenen auch häufig folgenreich auf Familienangehörige aus, die häufiger zum Arzt gehen und hospitalisiert werden [3]. Auf gesellschaftlicher Ebene sind auch die direkten Kosten, die durch Behandlungen psychischer Störungen entstehen, sowie insbesondere die indirekten Kosten, die z.B. durch Produktivitätseinbussen oder Arbeitsabsenzen anfallen, von grosser Bedeutung [4].

Ziel der vorliegenden Arbeit ist, das Spannungsfeld zwischen Machbarkeit (im Sinne des «prinzipiell Machbaren») und Finanzierbarkeit (im Sinne des «prak-

tisch Machbaren vor dem Hintergrund erschöpflicher Ressourcen») für psychiatrische Gesundheitsleistungen zu beleuchten. Aus der Optik der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sollen Problemfelder benannt und mögliche Ansätze zur Problembewältigung innerhalb dieses Spannungsfelds aufgezeigt werden.

Ausgangspunkt des Artikels ist die Heterogenität in den psychiatrischen Gesundheitskosten in der Schweiz. Im Artikel stellen wir mögliche Ursachen für diese Heterogenität vor, denn sie ist ein starkes Indiz dafür, dass Gesundheitsdienstleistungen nicht (nur) aus medizinischen Gründen erbracht werden, sondern dass zumindest teilweise unerwünschte Unterschiede in der Gesundheitsversorgung vorliegen.

Heterogenität in den psychiatrischen Gesundheitskosten in der Schweiz

Die Versorgung psychischer Erkrankungen nimmt einen erheblichen Teil der finanziellen Mittel in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ein. Hochrechnungen des am Umsatz gemessenen grössten Krankenversicherers der Schweiz, der Helsana-Gruppe, zeigen, dass 790 Mio. CHF beispielsweise im Jahr 2014 für die Behandlung psychischer Erkrankungen bei OKP-Versicherten erstattet wurden, wovon 111 Mio. CHF auf stationäre Aufenthalte entfielen.

Abgesehen von der absoluten Höhe der finanzierten Summen in der Grundversicherung fällt aber insbesondere eine grosse Schwankung der Kosten zwischen den Schweizer Kantonen auf. Abbildung 1 zeigt deutlich, dass sich die medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka zwischen den Schweizer Kantonen erheblich unterscheidet. So sind die Medikamentenkosten pro Kopf im Kanton Schaffhausen mehr als doppelt so hoch wie im Kanton Appenzell Innerrhoden. Offensichtlich werden Therapieentscheide in unterschiedlicher Weise getroffen, je nachdem, wo in der Schweiz sich ein Therapeut bzw. Patient befindet.

Das Manuskript basiert auf der Keynote Lecture von Thomas Szucs am SGPP-Jahreskongress 2015 in Bern.

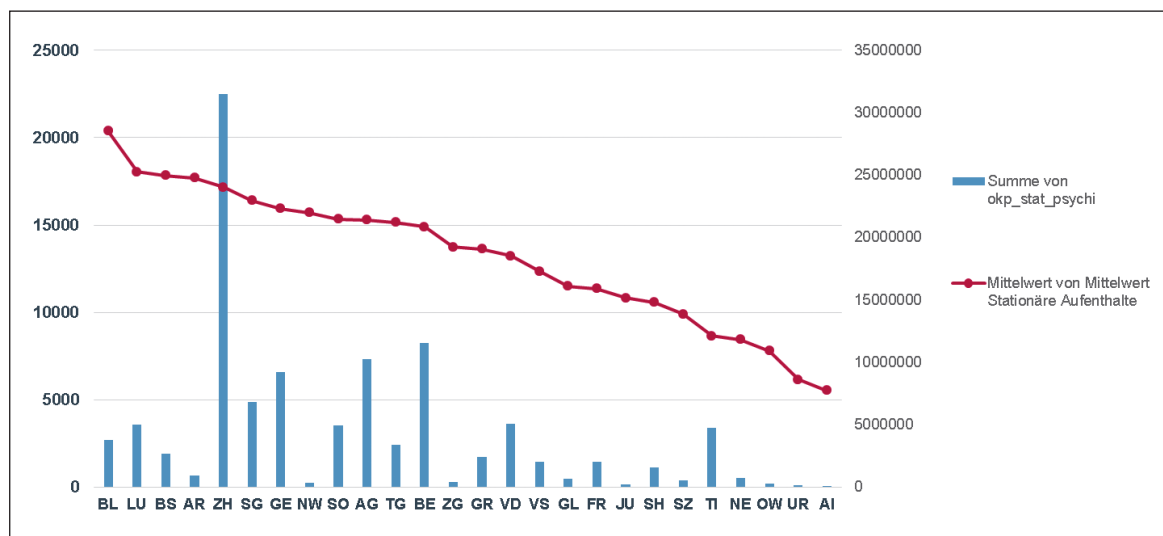


Abbildung 1: Jährliche Kosten pro Fall für Psychopharmaka von grundversicherten Personen der Helsana-Gruppe nach Kanton, Jahr 2014. vn: Versicherungsnehmer.

Eine auffällige interkantonale Variabilität lässt sich auch in den Kosten für stationäre Aufenthalte finden (Abb. 2). Die mittleren Kosten für stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Spitälern liegen für Versicherte aus dem Kanton Baselland etwa viermal höher als für Versicherte aus dem Appenzell oder der Inner- und Ostschweiz. Auch wenn man in Betracht zieht, dass interkantonale unterschiedliche Tarife für psychiatrische stationäre Leistungen gelten, liegt der Schluss nahe, dass die Kriterien für stationäre Einweisungen und vermutlich auch das Patientenmanagement in stationärer Therapie in den verschiedenen Regionen der Schweiz unterschiedlich gehandhabt werden.

Kann die interkantonale Heterogenität durch kulturelle Unterschiede erklärt werden?

Der aktuelle Obsan-Bericht zur Gesundheit in der Schweiz untersuchte u.a. regionale Unterschiede in der psychischen Gesundheit [5]. Es zeigten sich durchaus Unterschiede zwischen den Regionen. So sind Personen, die sich sehr häufig optimistisch, kraft- und energievoll fühlen, in der Ostschweiz, im Espace Mittelland und im Tessin überdurchschnittlich häufig vertreten, während Befragte aus der Genfersee-Region oder der Region Zürich überdurchschnittlich häufig unter psychischen Belastungen leiden.

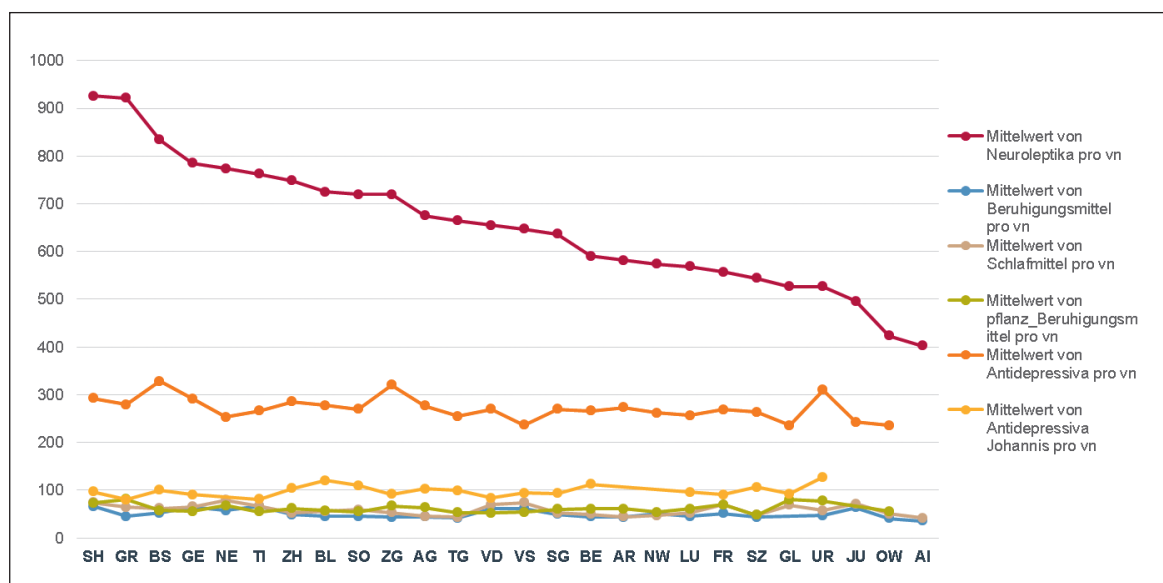


Abbildung 2: Jährliche Kosten für stationäre Aufenthalte von grundversicherten Personen der Helsana-Gruppe nach Kanton, Jahr 2014.

Es gibt also gewisse, im weitesten Sinne kulturell bedingte Unterschiede, was psychische Befindlichkeit und Krankheitsdisposition anbetrifft. Aber die oben dargestellten gewaltigen interkantonalen Unterschiede in der Kostenverteilung lassen sich damit nicht ausreichend erklären. Es müssen also weitere, nicht mit der jeweiligen medizinischen Fallkonstellation zusammenhängende Faktoren die Therapieentscheide und folglich die Kosten beeinflussen.

Warum ist Heterogenität problematisch?

Starke Unterschiede zwischen den Kantonen, die nicht durch Differenzen in der Häufigkeit oder im Schweregrad erklärt werden können, deuten darauf hin, dass lokale ärztliche Ansichten und das Angebot von Leistungen für die Entscheidung, wie medizinische Versorgung erfolgt, eine grössere Rolle spielen als wissenschaftliche Grundlagen [6]. Dieses Phänomen wird unerwünschte Varianz genannt und beschreibt ungerechtfertigte, nicht begründbare oder unververtretbare Unterschiede in der Gesundheitsversorgung [7]. Hierbei beziehen sich die unerwünschten Unterschiede nicht nur auf Kosten, sondern auch auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, die Qualität der erbrachten Leistungen und die entsprechenden Patientenerfahrungen [8]. Mit anderen Worten ist unerwünschte Varianz die Varianz, die nicht durch den Gesundheitszustand des Patienten oder seine Präferenzen erklärt werden kann, sondern durch Unterschiede in der Arbeitsweise des Gesundheitssystems bzw. seiner Dienstleister [9]. Diese Varianz ist unerwünscht, weil sie die Wahrscheinlichkeit guter Behandlungsergebnisse reduziert, weil Patienten nicht die Versorgung mit grösstmöglichem individuellem Nutzen erhalten und weil der Ressourcenverbrauch steigt, ohne sich in patientenseitigem Nutzen auszuzahlen [8]. Folgende Aspekte tragen zur Entstehung von unerwünschter Varianz bei:

Varianz in der Verteilung von Leistungserbringern

Die Verteilung von psychiatrischen Leistungserbringern ist schweizweit sehr heterogen: Im Raum Zürich ist die Dichte an Psychiatern etwa 3,5-mal höher als in der Zentralschweiz [10]. Auch die Struktur und Anzahl der Spitäler und Kliniken sind regional unterschiedlich. In der Ostschweiz finden sich z.B. mit 11 auf 10 000 Einwohner die meisten Psychiatriebetten [11]. Wenn die Dichte der Leistungserbringer steigt, dann steigt auch die Wahrscheinlichkeit für unangemessene Inanspruchnahme und folglich höhere Kosten in diesen Regionen [12, 13].

Varianz in der Diagnosestellung

Die Frage der Diagnosestellung ist bei psychischen Erkrankungen ein heiss umstrittenes Feld [14]. Neue Diagnosekriterien definieren Grenzwerte, die noch Gesunde von bereits Kranken trennen sollen. Die Sorge besteht, dass hier ein Teil der normalen Bandbreite des Lebens pathologisiert und medikalisiert wird [15–19]. Für die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beispielsweise konnte in einer Studie der Universität Basel gezeigt werden, dass viele Psychotherapeuten und Psychiater die Diagnose zu leichtfertig stellen [20]. Interessant ist insbesondere, dass die Psychotherapeuten und Psychiater bei Jungen die Fehldiagnose doppelt so häufig stellten als bei Mädchen. Männliche Therapeuten diagnostizierten signifikant häufiger ein ADHS als weibliche.

Das DSM-5 erklärt nach Meinung vieler Kritiker gesundes menschliches Verhalten zu Krankheiten.

Die Diagnosestellung wird also eindeutig von nicht-medizinischen Aspekten mitbeeinflusst. Dies kann einerseits durch eine nicht nach einheitlichen, evidenzbasierten Kriterien erfolgende Diagnostik bedingt sein. Andererseits könnte auch eine bestimmte Art unangepassten Verhaltens von Kindern gegenüber schulischen Leistungs- und Verhaltensanforderungen dem gesellschaftlichen Trend entsprechend mit medizinischen oder psychologischen Mitteln zu korrigieren versucht werden [21]. Diese generelle gesellschaftliche Haltung manifestiert sich nach Meinung vieler Kritiker in der jüngsten, 5. Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA), die in vielen Fällen gesundes menschliches Verhalten zu Krankheiten erkläre [22, 23].

Der Begriff «*Disease mongering*» wurde geprägt, um eine bestimmte Subgruppe der Medikalisierung besser zu beschreiben: die Ausweitung der Grenzen behandelbarer Krankheiten, um den Markt für neue Produkte zu vergrössern [24]. Treibende Kräfte hierfür können sowohl Arzneimittelhersteller, Ärzte als auch Patientengruppierungen sein, die bestehende klinische oder wissenschaftsbasierte Krankheitsdefinitionen aus ökonomischen oder lobbyistischen Gründen durch eigene interessengetriebene Definitionen ersetzen wollen. Darunter fällt, banale Erkrankungen in medizinische Probleme umzuwandeln, leichte Symptome als schwerwiegend anzusehen, persönliche als medizinische Probleme zu behandeln, Risiko-

faktoren bereits als Krankheiten zu verstehen und Prävalenzdaten im Sinne einer Marktmaximierung anzupassen [25].

Inwieweit diese generelle Kritik objektiven wissenschaftlichen Untersuchungen Stand hält und welche klinischen Felder besonders betroffen sind, wird noch besser untersucht werden müssen [26]. Überdiagnostik und Medikalisierung normaler Zustände bedeuten aber generell Schaden sowohl für die betroffene Person als auch das gesamte Gesundheitswesen. Das Gemeinwesen hat höchstes Interesse daran, diese Phänomene wann immer möglich zu vermeiden [27].

Neue Erkenntnisse aus der *Epigenetik* stellen uns hier wahrscheinlich in Zukunft vor noch grössere Herausforderungen. Unter dem Begriff Epigenetik werden Veränderungen der DNA-Struktur zusammengefasst, die in hohem Masse Umwelteinflüssen, wie z.B. Stress, traumatischen Erlebnissen, Ernährung usw., unterliegen. Einige vorläufige Arbeiten konnten neuerdings zeigen, dass epigenetische Mechanismen auch bei psychiatrischen Erkrankungen, wie Schizophrenie, Depressionen und Suchterkrankungen, eine Rolle spielen könnten [28]. Epigenetische Ansätze, d.h. individualisierte Therapiestrategien werden den Spagat zwischen dem Machbaren und dem Finanzierbaren aus der jetzigen Sicht wahrscheinlich drastisch erschweren [29, 30].

Varianz in der Zuteilung von Therapien

Wenn schon die Diagnosestellung nicht einheitlich erfolgt, dann ist eine Varianz bei der Verordnung von therapeutischen Massnahmen nicht weiter verwunderlich. Diese von den klinischen Erfordernissen unabhängigen Schwankungen in der Therapiewahl widerspiegelt sich in unseren Zahlen für den Gebrauch psychiatrischer Medikamente (Abb. 1), aber es lässt sich vermuten, dass auch die Zuteilung nicht-medikamentöser Therapien, die Spitaleinweisungen und die Empfehlung rehabilitativer Massnahmen von unsystematischen Entscheidungen betroffen sind, wie dies international bereits nachgewiesen wurde [31].

In den letzten Dekaden wurde ein breites Spektrum von Therapien und Interventionen im Bereich der mentalen Gesundheit entwickelt und mit wissenschaftlichen Untersuchungen und Evidenz aus randomisierten Studien unterlegt. Das beinhaltet sowohl Untersuchungen der Wirksamkeit und Sicherheit pharmakologischer Behandlungen (z.B. Antipsychotika) als auch psychologischer Therapien (z.B. Verhaltenstherapie, Familientherapie und Psychoedukation). Aber offensichtlich ist der Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis schwierig. Wir sind überzeugt

davon, dass die gängigen Versorgungsroutinen sich ändern würden, wenn klinische Praktiker und politische Entscheidungsträger zu neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Effizienz und das Ausmass von möglichem Schaden Kenntnis erlangen würden.

Wie lassen sich neueste wissenschaftliche Erkenntnisse verfügbar machen?

Systematische Übersichtsarbeiten sammeln das verfügbare Wissen aus Studien und bündeln die Ergebnisse, so dass leicht ein Überblick über den aktuellen Kenntnisstand zu einem bestimmten Versorgungsaspekt gewonnen werden kann. Als methodischer Goldstandard dürfen hier *Cochrane-Reviews* gelten [32]. Bezogen auf die psychiatrische Versorgung behandeln sie ein weites Spektrum der Tätigkeitspalette in der Psychiatrie von der Diagnostik [33] über medikamentöse [34] und nicht-medikamentöse Therapien [35] hin zu Versorgungskonzepten [36]. Das Argument, es gebe zu wenig wissenschaftliche Untersuchungen über psychiatrische Interventionen bzw. diese seien mit wissenschaftlichen Methoden nicht untersuchbar, kann also entkräftet werden.

Leitlinien wiederum fassen die existierenden Formen der Evidenz zusammen und formulieren Empfehlungen, wie dieses Wissen auf die Versorgungspraxis angewendet werden sollte. Dass Leitlinien die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern können, wurde verschiedentlich gezeigt [37, 38]. Leitlinien helfen dabei, die unerwünschte Varianz zu reduzieren [39]. Auch für psychiatrische Versorgungsprobleme existieren international Leitlinien für psychische Erkrankungen.

Leitlinien helfen dabei, die unerwünschte Varianz zu reduzieren.

Im Bereich der Versicherungspsychiatrie bestehen von der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie herausgegebene Leitlinien für die Begutachtung psychischer Störungen [40]. Für die Diagnostik und Therapie im klinischen Kontext ausserhalb von Begutachtungssituationen gibt es in der Schweiz nach unserem Kenntnisstand keine Leitlinien. Wenn die Entwicklung nationaler Leitlinien einen kurzfristig kaum machbaren Aufwand darstellt, könnten zumindest international existierende Leitlinien auf ihre Anwendbarkeit in der Schweizer Versorgungslandschaft hin untersucht und allenfalls mit einem vertretbaren Aufwand adaptiert werden.

Das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) gibt beispielsweise eine ganze Reihe von Leitlinien heraus, die sich mit einem breiten

Spektrum psychiatrischer Erkrankungen wie z.B. Alkoholabhängigkeit, Angststörungen, Depression, Demenz, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen befassen [41]. In Deutschland wurde dem Krankheitsbild «unipolare Depression» – entsprechend der Krankheitslast in der Bevölkerung und der gesellschaftlichen Tragweite der Erkrankung – eine so grosse Bedeutung beigemessen, dass dafür eine der sogenannten Nationalen Versorgungs-Leitlinien (NVL) und ein Disease-Management-Programm (DMP) etabliert wurden [42].

Mehr Kollaboration als Ansatz für mehr Effizienz

Aus der Überzeugung heraus, dass für ein möglichst gutes Gesamtergebnis aus Diagnose, Therapie und Rehabilitation gerade die Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren relevant sind, bemühen sich die deutschen NVL um eine sektorenübergreifende Optik. In welchen Situationen bzw. in welchen Intervallen sind Überweisungen an andere Kollegen sinnvoll? Wie können andere, in die Betreuung psychisch kranker Personen einbezogene Fachgruppen einbezogen werden? Ohne diese Leitlinien überbewerten zu wollen, zeigt sich doch, dass andere Länder eine eher kollaborative Denkweise stärker fördern, als dies in der Schweiz getan wird.

Studien, die die Auswirkungen von kollaborativen Ansätzen untersuchten, zeigten bessere Outcomes von sowohl psychischen als auch körperlichen Krankheitsdimensionen, bessere soziale Funktionalität, Selbstmanagementfähigkeiten sowie weniger Hospitalisationen. Andere Pluspunkte waren ein leichter

Zugang zu Spezialisten, eine bessere Versorgungskontinuität und eine erhöhte Akzeptanz und Mitarbeit bei der eigenen Gesundheitsversorgung durch die Patienten [43–45].

Insbesondere die Schnittstelle zwischen Grundversorgern und psychiatrischen Leistungserbringern scheint dabei eine herausragende Rolle zu spielen [36]. Ein erheblicher Teil der psychiatrischen Gesundheitsversorgung erfolgt durch Hausärzte [46, 47]. So führt die Zusammenarbeit von Psychiatern und Grundversorgern, beispielsweise in Form gemeinsamer Konsultationen, zu besseren Outcomes in Bezug auf die mentale Gesundheit, zu höherer Zufriedenheit und Therapieadhärenz bei psychiatrischen Patienten. Zudem stieg die Rate der adäquat durch den Grundversorger therapierten Personen an. Erwartungsgemäss scheinen die Effekte von breiter konzipierten kollaborativen Ansätzen allerdings grösser zu sein als die von Ansätzen, die nur die Zusammenarbeit von Hausarzt und Psychiater beinhalten [44].

Wandlung des Rollenverständnisses der Psychiatrie

Für die Wirksamkeit und Kosteneffizienz solcher kollaborativer Ansätze sind allerdings ein starkes, die verschiedenen Versorgungsebenen und Institutionen übergreifendes Engagement und eine gegenseitige Verpflichtung zur Kollaboration notwendig [48]. Bevor kollaborative Modelle umgesetzt werden können, sollte sich vermutlich das Rollenverständnis der Psychiater wandeln. Diese sehen sich heute überwiegend als Einzelkämpfer und praktizieren häufig ohne Angestellte und unterstützende Technologien [49]. Als Partner in integrierten Versorgungsmodellen wird der Psychiater dann jedoch zum technologiegestützten Teamplayer, der systematisch dokumentiert, Informationen austauscht und kommuniziert. Die Rolle der Psychiatrie im Gesundheitswesen der Zukunft lässt sich aus unserer Sicht anhand folgender fünf Aussagen beschreiben (Abb. 3):

- Die Psychiatrie der Zukunft leistet effektive und effiziente Medizin, d.h., sie handelt nach wissenschaftsbasierten, systematischen Kriterien. Dabei wird berücksichtigt, dass sich Effektivität, Effizienz bzw. Qualität immer an dem Nutzen für die einzelnen Patientinnen und Patienten ausdrückt und die Versorgung sensibel ist für besonderen Bedarf der Betroffenen (z.B. Versorgungskontinuität oder niederschwellige Erreichbarkeit ambulanter Versorgung).
- Sowohl die Qualität der Krankenbetreuung als auch die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung brauchen Management und Führung.

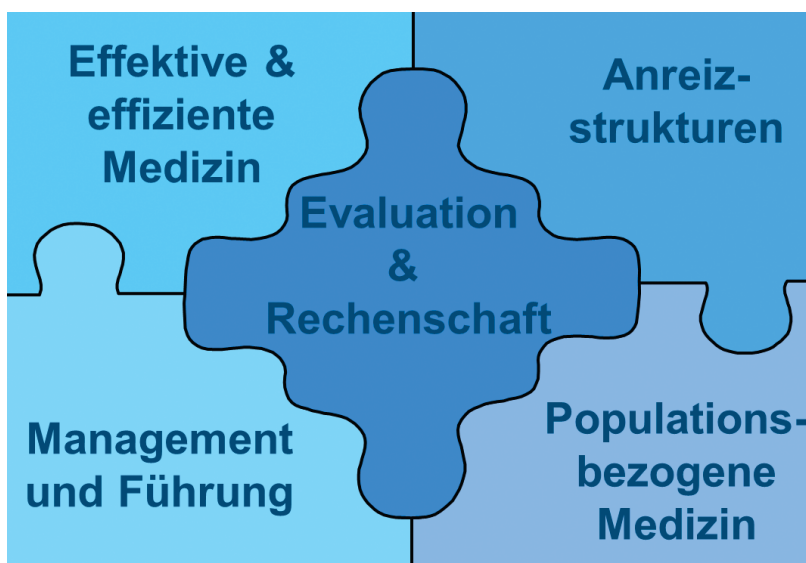


Abbildung 3: Einbettung der Psychiatrie in das Gesundheitswesen der Zukunft.

- Die regulatorischen und vergütungstechnischen Anreizstrukturen unterstützen die psychiatrischen Dienstleister bei der Erbringung einer hochqualitativen Versorgung. Hierbei wird insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Integration unterschiedlicher Professionen und Disziplinen wie psychiatrischer Fachpflege oder Sozialarbeit erleichtert.
- Die Ergebnisse psychiatrischer Dienstleistungen der Zukunft werden untersucht, verglichen und veröffentlicht mit dem Ziel nachhaltiger Qualitätsverbesserungen und Effizienzsteigerungen.
- Psychiatrie versteht sich als Teil einer populationsbezogenen Medizin, d.h., sie wirkt prinzipiell umfassend und schliesst nicht besondere Indikationen oder Bevölkerungsgruppen aus, sie orientiert sich an Effektivität und Effizienz und erfolgt zeitgerecht. In diesem Sinne sorgt sie auch für die Reduktion von Versorgungsvariation.

Herausforderungen

Eine Herausforderung für die Zukunft wird die steigende Prävalenz psychiatrischer Krankheitsprobleme. Hochrechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigen, dass unter den Top 4 der häufigsten Todesursachen weltweit im Jahr 2030 mit unipolarer Depression, Demenz und alkoholbezogener Suchterkrankung drei psychiatrische Krankheitskomplexe stehen. Derzeit ist die unipolare Depression die weltweit dritthäufigste Ursache von Krankheit. Projektionen für das Jahr 2030 zufolge wird sie dann die häufigste Erkrankung sein. Gleichzeitig existiert eine enorme Lücke zwischen dem absoluten Behandlungsbedarf und den Ressourcen für die Versorgung psychiatrischer Probleme. In den industrialisierten Ländern sind gemäss Schätzungen der WHO 35–50% der Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen un-

Diese umfassen beispielsweise Strategien, die körperliche Aktivität [51] oder psychosoziale Interventionen [52] zur Verbesserung psychiatrischer Outcomes einsetzen, IT-Unterstützung bei der Versorgung psychiatrischer Patienten [53, 54] oder Case Management, welches dazu führen soll, dass Patienten weniger häufig die Behandlung abbrechen, besser mit Alltagsanforderungen zurechtkommen, eine Arbeitsstelle bekommen, seltener obdachlos werden und seltener hospitalisiert werden müssen [55]. Innovationen, deren Nutzen und deren Sicherheit nachgewiesen sind, sollten schnell in unser Gesundheitswesen übernommen werden. Hier ist insbesondere auch die Integrierte Versorgung zu nennen [56, 57]. Allerdings müssen diese innovativen Ansätze jeweils im Vergleich zu den bereits existierenden, etablierten Therapieverfahren beurteilt werden [58].

Überflüssiges eliminieren

Gleichzeitig zur Aufnahme innovativer Verfahren sollte der Bestand der etablierten Dienstleistungen auf Methoden untersucht werden, die keinen messbaren Nutzen für den Patienten darstellen und die mehr Risiko als Nutzen bieten. Die *Choosing-wisely-Initiative* bezweckt, solche unnützen bzw. schädlichen Methoden zu identifizieren, ihren fragwürdigen Nutzen bekannt zu machen und aktiv vom weiteren Einsatz abzuraten. Für den Bereich der Psychiatrie hat die American Psychiatric Association derzeit fünf solcher Massnahmen gelistet, bei denen es jeweils um die Indikationsstellung zur Therapie mit Antipsychotika geht [59]. Für die Schweiz existiert bereits ein Pendant, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin ins Leben gerufene «*Smarter Medicine*»-Initiative [60]. Der Fachverband der Psychiater ist aufgerufen, sich an dieser Initiative zu beteiligen.

Fazit

- Die Varianz in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung deutet auf ein nicht evidenzbasiertes Angebot von Gesundheitsdienstleistungen hin.
- Diese Varianz ist unerwünscht, weil sie die Wahrscheinlichkeit guter Behandlungsergebnisse reduziert, weil Patienten nicht die Versorgung mit grösstmöglichem individuellem Nutzen erhalten und weil der Ressourcenverbrauch steigt, ohne sich in patientenseitigem Nutzen auszuzahlen.
- Varianz entsteht aus der ungleichen Verteilung von Leistungserbringern, aber auch durch umstrittene Diagnosekriterien und den uneinheitlichen bzw. nicht wissenschaftsbasierten Einsatz von Therapien.

In den Hochrechnungen der WHO stehen 2030 drei psychiatrische Krankheitskomplexe unter den Top 4 der häufigsten Todesursachen.

behandelt [50]. Zu einer steigenden Prävalenz scheint also noch ein erheblicher Anteil von unterversorgten Personen hinzuzukommen, die uns fordern, die existierenden Ressourcen so effizient und fair wie möglich einzusetzen.

Innovation zulassen

Neue innovative Ansätze können helfen, die Herausforderungen der psychiatrischen Versorgung anzugehen. Zusätzlich zu den bisher etablierten Therapieansätzen werden laufend neue entwickelt und getestet.

- Methoden, wie wissenschaftliche Erkenntnisse in medizinische Handlungsempfehlungen übersetzt werden können, sind international vorhanden und etabliert, für die Schweiz besteht hier allerdings noch Nachholbedarf.
- Für eine effizientere psychiatrische Versorgung ist mehr Kollaboration unter den involvierten Dienstleistern notwendig.
- Das psychiatrische Rollenverständnis des Einzelkämpfers ist unter den anstehenden Herausforderungen nicht mehr zeitgemäss. Der technologiegestützte Teamplayer wird sich in einem kollaborativen, evidenzbasierten Kontext leichter tun.
- Die Herausforderung umfasst steigende Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen bei gleichzeitiger

Unterversorgung sowie Epigenetik als neue, sich entwickelnde Dimension bei Diagnose und Therapie von Krankheit.

- Die rasche Zulassung von Innovationen mit nachgewiesenem Nutzen bei gleichzeitiger Elimination von überflüssigen Leistungen kann uns helfen, die Herausforderungen zu meistern.

Correspondence:
Prof. Thomas Szucs, MD
European Center
of Pharmaceutical
Medicine / Institute of
Pharmaceutical Medicine,
University of Basel
Klingelbergstrasse 61
CH-4056 Basel
thomas.szucs[at]unibas.ch

Danksagung

Wir bedanken uns bei Matthias Früh für die Anfertigung der Analysen zur Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen sowie bei Alice Fiorentzis (beide Helsana AG) für die graphische Aufarbeitung.

Disclosure statement

The authors are affiliated with the Helsana Health Insurance Group.

Literatur

Die komplette Literaturliste ist in der Online-Version des Artikels unter www.sanp.ch zu finden.



**PSYCHIATRIE ET
PSYCHOTHÉRAPIE**
UPDATE REFRESHER

09. – 11.11.2016
SwissTech Convention Center, Lausanne
21 crédits SSPP / 21.5 crédits ASP

Direction scientifique générale:
Prof Yasser Khazaal,
Hôpitaux Universitaires de Genève et
Université de Genève

Informations / Inscription
tél. 041 567 29 80 | fax 041 567 29 81
info@fomf.ch | www.fomf.ch

Literatur

- 1 Ajdacic-Gross V, Graf M. Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie (Arbeitsdokument Nr. 2). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2003.
- 2 Baer NU, Frick U, Fasel T. Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen, 2009.
- 3 Baer N, Cahn T. Psychische Gesundheitsprobleme. In: K. Meyer (Hrsg.), Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008 (S. 211–30). Bern: Hans Huber; 2009.
- 4 Loos S, Schliwen A, Albrecht M. Vorzeitiger Rückzug aus der Erwerbstätigkeit aufgrund von Invalidität im Vergleich zu alter-nativen Austrittsoptionen. Die Schweiz im internationalen Vergleich. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen. 2009.
- 5 Schuler D, Burla L. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2012.
- 6 Wennberg JE. Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. *BMJ*. 2002;325:961.
- 7 Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science*. 1973;182(117):1102–8.
- 8 Goodman DC. From Theory to Health Care Improvement: The Dartmouth Atlas of Health Care. [Internet]. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2012 [cited 2015 Dec 22]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/50063825.pdf>.
- 9 Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Soc Sci Med*. 1982;16(7): 811–24.
- 10 Kraft E, Hersperger M. Daten und Demographie – informativ und spannend (3) Ärzteschaft in der Schweiz – Ärztedichte und regionale Verteilung. *Schweizerische Ärztezeitung* 2009;90:43.
- 11 HPlus. Regional unterschiedliche Strukturen und Anzahl Spitäler und Kliniken. [Internet]. Bern: HPlus; 2015 [cited 2015 Dec 22]. Available from: <http://www.hplus.ch/>.
- 12 Busato A, Matter P, Künzi B, Goodman D. Geographic variation in the cost of ambulatory care in Switzerland. *J Health Serv Res Policy*. 2012 (1):18–23.
- 13 Busato A, Matter P, Künzi B, Goodman DC. Supply sensitive services in Swiss ambulatory care: an analysis of basic health insurance records for 2003–2007. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:315.
- 14 Parker G. Is depression overdiagnosed? *Yes*. *BMJ*. 2007;335(7615):328.
- 15 Mitchell PB. Bipolar disorder: the shift to overdiagnosis. *Can J Psychiatry*. 2012;57(11):659–65.
- 16 Durà-Vilà G, Littlewood R, Leavey G. Depression and the medicalization of sadness: Conceptualization and recommended help – seeking. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(2):165–75.
- 17 Parker G. Is depression overdiagnosed? *Yes*. *BMJ*. 2007;335(7615):328.
- 18 Hickie I. Is depression overdiagnosed? *No*. *BMJ*. 2007;335(7615):329.
- 19 Doust J, Glasziou P. Is the problem that everything is a diagnosis? *Aust Fam Physician*. 2013;42(12):856–9.
- 20 Bruchmüller K, Margraf J, Schneider S. Is ADHD diagnosed in -accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(1): 128–38.
- 21 Rüesch P, Altwicker-Hàtori S, Juvalta S, Robin D. Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich. [Internet]. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich; 2014 [cited 2015 Dec 22]. Available from: <http://www.gd.zh.ch/>.
- 22 Bolton D. Overdiagnosis problems in the DSM-IV and the new DSM-5: can they be resolved by the distress-impairment criterion? *Can J Psychiatry*. 2013;58(11):612–7.
- 23 Wakefield JC, First MB. The importance and limits of harm in identifying mental disorder. *Can J Psychiatry*. 2013;58(11): 618–21.
- 24 European Parliament, Directorate general for internal policies. Disease Mongering (Pseudo-Disease Promotion). Policy department A: Economic and scientific policy. [Internet]. Brussels: European Parliament; 2012 [cited 2015 Dec 22]. Available from: <http://www.europarl.europa.eu>.
- 25 Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002;324(7342):886–91.
- 26 Huprich SK. What should become of depressive personality disorder in DSM-V? *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(1):41–59.
- 27 Chiolerio A, Paccaud F, Aujesky D, Santschi V, Rodondi N. How to prevent overdiagnosis. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14060.
- 28 Allis CD, Jenuwein T, Reinberg D. Epigenetics. Cold Spring Harbor Laboratory Press, Cold Spring Harbor, New York. 2007.
- 29 Maze I, Shen L, Zhang B, Garcia BA, Shao N, Mitchell A et al. Analytical tools and current challenges in the modern era of neuroepigenomics. *Nat Neurosci*. 2014;17(11):1476–90.
- 30 Teperino R, Lempradl A, Pospisilik JA. Bridging epigenomics and complex disease: the basics. *Cell Mol Life Sci*. 2013;70(9):1609–21.
- 31 Sturm R, Ringel JS, Andreyeva T. Geographic disparities in children's mental health care. *Pediatrics*. 2003;112(4):e308.
- 32 Cochrane.org [Internet]. London: The Cochrane Collaboration [updated 2015 Dec 16; cited 2015 Dec 22]. Available from: <http://www.cochrane.org/>.
- 33 Davis DHJ, Creavin ST, Yip JLY, Noel-Storr AH, Brayne C, Cullum S. Montreal Cognitive Assessment for the diagnosis of Alzheimer's disease and other dementias. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;10: CD010775.
- 34 Leucht S, Helfer B, Dold M, Kissling W, McGrath JJ. Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;10:CD003834.
- 35 Naeem F, Farooq S, Kingdon D. Cognitive behavioural therapy (brief versus standard duration) for schizophrenia. *Cochrane -Database Syst Rev*. 2015;10:CD010646.
- 36 Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD007193.
- 37 Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):385–92.
- 38 van Beurden KM, van der Klink JJ, Brouwers EP, Joosen MC, Mathijssen JJ, Terluin B et al. Effect of an intervention to enhance guideline adherence of occupational physicians on return-to-work self-efficacy in workers sick-listed with common mental disorders. *BMC Public Health*. 2015;15(1):796.
- 39 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8(6):1–72.
- 40 Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP. Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung [Internet]. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie; 2012 [cited 2015 Dec 22]. Available from: <http://www.iv-pro-medico.ch>.
- 41 National Institute for Health and Care Excellence. Guidance: Mental health and behavioural conditions [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015 [cited 2015 Dec 22]. Available from: <https://www.nice.org.uk>.
- 42 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Langfassung August 2011. [Internet]. Düsseldorf: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; 2011 [cited 2015 Dec 22]. Available from: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html>.
- 43 Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD006525.
- 44 Kelly BJ, Perkins DA, Fuller JD, Parker SM. Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. *Int J Ment Health Syst*. 2011;5:31.
- 45 King K, Christo J, Fletcher J, Machlin A, Nicholas A, Pirkis J. The sustainability of an Australian initiative designed to improve interdisciplinary collaboration in mental health care. *Int J Ment Health Syst*. 2013;7(1):10.
- 46 Fleury MJ, Bamvita JM, Aubé D, Tremblay J. Clinical practice -settings associated with GPs who take on patients with mental disorders. *Healthc Policy*. 2010;5(4):90–104.

- 47 Widmer D, Loeb P. Integrating mental health into Primary Care – the Swiss model. *PrimaryCare*. 2009;9(15):275.
- 48 Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry*. 2006;51(6 Suppl 1):7S–72S.
- 49 Psychiatrie inkl. Schwerpunkt Alterspsychiatrie und – psychotherapie. *JMED*. [Internet]. Pfäffikon: JMED; 2015 [cited 2016 March 24]. Available from: <http://www.jmed.ch>.
- 50 World Health Organisation. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. [Internet]. Geneva: World Health Organisation; 2001 [cited 2015 Dec 22]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf
- 51 Forbes D, Thiessen EJ, Blake CM, Forbes SC, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;4:CD006489.
- 52 Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psycho-social interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;10:CD001088.
- 53 Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;3:CD011565.
- 54 Kauppi K, Välimäki M, Hätönen HM, Kuosmanen LM, Warwick-Smith K, Adams CE. Information and communication technology based prompting for treatment compliance for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;6:CD009960.
- 55 Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(10):CD007906.
- 56 Walle M, Paas N. Integrierte Psychiatrische Versorgung in Niedersachsen – Innovative psychiatrische Versorgungsstrukturen mit ambulantem Schwerpunkt. In: Tophoven/Wessels Neue Versorgungskonzepte zur Behandlung psychiatrischer Erkrankungen. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag; 2012.
- 57 Valentini J, Ruppert D, Magez J, Stegbauer C, Bramesfeld A, Goetz K. Integrated care in German mental health services as benefit for relatives – a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2016 ;16(1):48.
- 58 Perleth M, Busse R, Gerhardus A, Gibis B, Lühmann D. Health Technology Assessment. Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftlicher Verlag; 2008.
- 59 Choosing Wisely. American Psychiatric Association. [Internet]. Philadelphia: Choosing Wisely; 2015 [cited 2015 Dec 22]. Available from: <http://www.choosingwisely.org/societies/american-psychiatric-association/>
- 60 smartermedicine.ch [Internet]. Basel: Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin; 2015 [cited 2015 Dec 22]. Available from: <http://www.smartermedicine.ch>.