

Zur Sache: Psychiatrie

Arno Deister

Zukunft. Psychiatrie

Herausforderungen, Konzepte,
Perspektiven

Psychiatrie
Verlag 

Flexibilität der Versorgung – Grundlagen für ein psychosoziales Gesundheitssystem

*»Ein Schiff im Hafen ist sicher.
Aber dafür werden Schiffe nicht gebaut.«
John Augustus Shedd*

Anreize statt Sanktionen

In den Wirtschaftswissenschaften ist der »Kobra-Effekt« bestens bekannt: Dieser Effekt wurde ursprünglich an einer Situation aus der Zeit der britischen Kolonialherrschaft in Indien beschrieben. Damals herrschte im Land eine Schlangenplage. Da sich die britischen Kolonialherren vor Schlangen fürchteten, setzten sie ein Kopfgeld auf Kobras aus. So beabsichtigten sie, die Anzahl der Schlangen zu reduzieren. Ein findiger Inder entwickelte daraufhin ein Geschäftsmodell. Kobras wurden gezüchtet, um sie anschließend zu töten und das Kopfgeld zu kassieren. Als die Masche aufflog, wurde die Prämie aufgehoben. Die Züchter ließen alle Schlangen frei – und die Plage wurde noch schlimmer (SIEBERT 2001).

Dieses Beispiel erscheint nur auf den ersten Blick dem Gesundheitswesen fremd. Auf den zweiten Blick sind die Parallelen evident: Der erhöhte Bedarf an Patientenbehandlungen führt zu immer mehr Betten in den Krankenhäusern, da die stationäre Behandlung am besten bezahlt wird. Der Versuch, diesen Effekt durch Begrenzung der Finanzierung stationärer Behandlung – und damit deren Dauer – zu reduzieren, führt zur ökonomischen Notwendigkeit von mehr Betten.

Solche Anreizprinzipien führen also in die falsche Richtung. Dagegen sind wirksame Anreize für eine umfassende Gesundheitsförderung dringend erforderlich. Obwohl wir wissen, welche Anreizsysteme wirksam wären, werden sie bisher gesundheitspolitisch kaum unterstützt. Bei den in vielen Fällen episodisch oder chronifiziert verlaufenden psychischen Erkrankungen brauchen wir finanzielle und personelle Anreize für eine sekundäre (Verhinderung erneuter Krankheitsepisoden) und tertiäre Prävention (Verminderung der Folgen psychischer Erkrankungen). Im aktuellen psychiatrischen Gesundheitssystem – und weit darüber hinaus – ist jedoch das Bett die Währung. Nur mit einer stationären Behandlung lassen sich ausreichend hohe Erlöse erzielen.

Nur mit einer höheren Zahl von Betten, die möglichst lange belegt sind, ist es für Krankenhäuser möglich, ihr jeweils für die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität benötigtes Budget zu realisieren. Insofern dürfte es kaum verwundern, dass die Zahl der Betten im psychiatrischen Versorgungssystem in den letzten Jahren wieder angestiegen ist.

Die Verlegung einer Patientin oder eines Patienten in eine tagesklinische Versorgung (wenn die fachlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind) oder gar eine Entlassung (wenn eine stationäre Behandlung nicht mehr erforderlich ist) wird im bisherigen Finanzierungssystem nicht nur nicht unterstützt, sondern bestraft. In einer tagesklinischen Behandlung sind insgesamt nur etwa zwei Drittel der Erlöse im Vergleich zu einer vollstationären Behandlung möglich, obwohl der erforderliche therapeutische Aufwand kaum geringer ist. In ambulanten Tätigkeitsfeldern sind Möglichkeiten, die Behandlung adäquat zu refinanzieren, kaum gegeben. Anreize dazu, einen Patienten genauso viel und an genau dem Ort zu behandeln, wie es seinem Befinden entspricht, sind damit praktisch nicht gegeben. Im Gegenteil wird hier psychiatrisch sinnvolles Verhalten im Sinn der Patienten finanziell sanktioniert – mit der Folge, dass Anpassungen der Versorgung an die verbesserten Möglichkeiten der psychiatrischen Behandlung nicht erfolgen. Gleichzeitig wird es aber auch im Rahmen der aktuellen pauschalierten Systeme massiv sanktioniert, wenn ein hoher Aufnahmedruck entsteht und damit die mit den Krankenkassen vereinbarten Obergrenzen der Belegung überschritten werden.

Durch die Regelungen der Richtlinie für die Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) hat sich die Situation noch deutlich verschärft. Diese gibt konkrete Regelungen nur für den voll- und teilstationären Bereich vor, während der gesamte Bereich der ambulanten Behandlung bei der Personalbemessung außen vor bleibt.

Diese Beispiele ließen sich – auch bezogen auf andere Behandlungsbereiche – beliebig ausweiten. Deshalb sind finanzielle Anreize dringend dafür erforderlich, dass Leistungsträger nicht primär auf die Erlangung kurzfristiger ökonomischer Folgen ausgerichtet sind – was bedeuten könnte, dass schwere Erkrankungen nicht oder nur unzureichend behandelt werden –, sondern dass eine stärker am volkswirtschaftlichen und damit gesellschaftlichen Interesse orientierte nachhaltige Strategie gewählt wird. Der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit muss das Ziel der Versorgung sein – und die Erreichung dieses Ziels muss zu einer adäquaten Finanzierung für die jeweiligen Leistungserbringer führen (DEISTER 2011 a; DEISTER u. a. 2012).

Koordination und Steuerung

Schon im Bericht der Psychiatrie-Enquête von 1975 wurde die fehlende verbindliche und strukturierte Kooperation der Leistungserbringer als Defizit beschrieben. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen hat sich 2018 umfassend mit der Frage der Koordination und Steuerung im Gesundheitswesen befasst. Insbesondere für die psychiatrische Versorgung hat er konkrete Vorschläge gemacht, die als äußerst zielführend angesehen werden können (Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen 2018). Als zentrales Kriterium für die Angemessenheit seiner Steuerungsvorschläge hat der Rat die Bedarfsgerechtigkeit zugrunde gelegt.

Zur Grundproblematik hat er ausgeführt:

»Der Stellenwert einer Koordination gesundheitlicher Versorgung nimmt aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen zu. [...] Einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung steht in erster Linie die starke Abschottung der einzelnen Leistungssektoren entgegen. Vor allem Kliniken und Praxen, zwischen denen eine unsichtbare, aber sehr folgenreiche Mauer verläuft, arbeiten in Deutschland eher nebeneinander als im Interesse des Patienten miteinander. [...] Der Stellenwert einer Koordination gesundheitlicher Versorgung nimmt aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen zu. Dieser Herausforderung wird die Regelversorgung in Deutschland kaum gerecht.«

Im Hinblick auf die sektorenübergreifende Bedarfsplanung und Versorgung empfiehlt der Rat deshalb:

- die Angebotskapazitätsplanung für den ambulanten und den stationären Sektor zu einem wirksamen Steuerungsinstrument weiterzuentwickeln und eine stärker verzahnte und bedarfsgerechtere Planung zu erreichen,
- die sektorenübergreifende Planungs- und Sicherstellungsverantwortung an regionale Gremien zu übertragen, die durch einzurichtende Geschäftsstellen unterstützt werden,
- die regionale Morbidität auf Grundlage einer soliden Datenbasis in der Planung stärker zu berücksichtigen und eine prospektive Planungskomponente, die demografische Veränderungen und den medizinisch-technischen Fortschritt adressiert, einzuführen,

- die Datenverfügbarkeit und die Vergleichbarkeit im ambulanten und im stationären Sektor, insbesondere im Hinblick auf die Diagnosedaten, zu verbessern sowie den Zugang zu und die wissenschaftliche Nutzung von stationären Daten nach § 301 SGB V in Verbindung mit ambulanten Daten nach § 295 SGB V sicherzustellen,
- den Bedarf weniger an festen Kapazitätsgrößen wie Arztsitzen und Bettenzahlen zu orientieren, sondern stärker an den zu erbringenden Leistungen auszurichten,
- zeitlich begrenzte Leistungsaufträge an Krankenhäuser zu vergeben sowie bei Bedarf die Möglichkeiten zur Erbringung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern – etwa im Rahmen klinikgestützter Gesundheitszentren – zu verbessern,
- die regionale Bedarfsplanung anhand verschiedener Parameter wie Wartezeiten und Wegezeiten oder spezifischer, politisch festgelegter Versorgungsziele sowie der Ergebnisse einer – noch weiterzuentwickelnden – sektorenübergreifenden Qualitätssicherung kontinuierlich zu evaluieren,
- mögliche Fehlanreize bei einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung durch Einführung einer sektorenübergreifenden Vergütungsstruktur im Sinne »gleicher Preis für gleiche Leistung« frühzeitig zu adressieren.
- In einem ersten Schritt kann dazu ein Katalog von hybriden Leistungen definiert werden, die im ambulanten und im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können. Dazu bedarf es einer stärkeren Zusammenarbeit des Instituts des Bewertungsausschusses und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, die das generelle Ziel verfolgt, ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem unabhängig vom Ort der Leistungserbringung zu definieren. Dabei könnten für bestimmte Indikationen sektorenübergreifende Fallpauschalen definiert werden.
- Weiterhin könnte die Versorgung von Patienten mit ambulanten und stationären Episoden in Zukunft über diagnosebezogene Leistungskomplexpauschalen vergütet und die Vergütung auf entsprechende Leistungserbringer aufgeteilt werden.

Seit der Veröffentlichung des Berichtes, die nun auch schon einige Jahre zurückliegt, hat sich jedoch keine relevante Veränderung in die skizzierte Richtung ergeben.

Gestufte Versorgung

Begrenzte Ressourcen im Gesundheitswesen einerseits und eine weiterhin steigende Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen andererseits erfordern eine möglichst effiziente Verteilung und Zuordnung finanzieller und personeller Mittel. Nur ein gestuftes Vorgehen innerhalb eines vernetzten Hilfesystems kann diese Kriterien erfüllen. Gestufte und vernetzte Versorgungsmodelle gehen vom Bedarf der Patientinnen und Patienten aus und bieten gezielte Entscheidungsunterstützung durch Leitlinien und Versorgungspfade, bei denen die verschiedenen Therapieangebote strukturiert und koordiniert durch eine verbindliche und effektive Aufgabenteilung der verschiedenen Leistungserbringer definiert werden.

Die DGPPN (2018) hat das Konzept einer gestuften Versorgung (Stepped Care) vorgelegt. Dies basiert unter anderem auf einem Projekt des Innovationsfonds, das unter der Bezeichnung »RECOVER« in Hamburg und Itzehoe umgesetzt wurde (LAMBERT u. a. 2013, 2017). Durch dieses Modell sollen Hilfen je nach Bedarf der betroffenen Menschen und nach Schweregrad der Störung möglichst passgenau und verbindlich zugeordnet werden (LAMBERT u. a. 2019). RECOVER beinhaltet eine schweregradgestufte, evidenzbasierte und sektorenübergreifend koordinierte Versorgung, die gemeinsam von den Beteiligten in der Region geplant, umgesetzt und gesteuert wird. Bisherige Ergebnisse sprechen dafür, dass es mithilfe einer solchen Versorgungsstruktur gelingt, einen verbesserten Zugang bei gleichbleibend hohem Qualitätsstandard, eine Reduktion gesundheitlicher und persönlicher Risiken sowie eine nachweisbare Kosteneffizienz zu erreichen.

Gemäß dem Konzept der gestuften Versorgung sollen Diagnostik und Therapien niederschwellig ansetzen, möglichst ohne Wartezeiten verfügbar sein und eine kontinuierliche Betreuung gewährleisten. Die Intensität der Behandlung muss im Verlauf der Erkrankung dem individuellen Bedarf der Patienten und Patientinnen kontinuierlich angepasst werden. Aus diesem Grund ist ein Netzwerk von multiprofessionellen Leistungserbringern und eine Betreuung am Wohnort bzw. in der Gemeinde anzustreben. Dabei soll die regionale Verantwortung aller Leistungserbringer einer Region in einem Netzwerkverbund zusammengefasst werden.

Aufgabe des regionalen Netzwerkes ist es, die Leistungsinhalte der Therapie- und Betreuungsangebote gemäß dem individuellen Bedarf festzulegen. Intensität, Dauer und Umfang der jeweiligen Maßnahme müssen am Schwe-

regrad und Verlauf der Erkrankungen ausgerichtet werden. Die durch die multiprofessionellen Leistungserbringer zu übernehmenden Aufgaben sind verbindlich festzulegen. Dabei beschreiben die Modulangebote einen Versorgungspfad, der bei geringem Bedarf Selbsthilfe- und Beratungsangebote vorsieht und bei steigendem Bedarf zunehmend intensive und komplexe ambulante sowie auf der letzten Stufe stationäre medizinische und psychosoziale Interventionen bereithält. Der Zugang in das vernetzte Versorgungssystem sollte über ein Diagnostik- und Krisenangebot erfolgen, das niederschwellig und zeitnah aufgesucht werden kann. Dies kann in Praxen niedergelassener Fachärzte oder ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten sowie in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken und Krankenhausabteilungen oder eigens eingerichteten Diagnostik- und Kriseninterventionszentren angeboten werden. Dort sollte nach einer diagnostischen Einschätzung der Behandlungsbedarf abgeklärt, notfalls eine Krisenintervention angeboten oder bei psychosozialen Krisen mit geringem Belastungserleben und geringem Bedarf auf Beratungsstellen, Coaching oder internetbasierte Selbstmanagementangebote verwiesen werden.

Sobald die Diagnose und ein weitergehender Therapiebedarf festgestellt wurden, kann durch den Facharzt oder Psychotherapeuten die weitere Behandlung übernommen werden. Je nach Schwere, Behandlungserfolg und Verlauf wechseln die Patienten in die jeweilige Stufe des Versorgungsmodells und erhalten ggf. zusätzliche Behandlungsmodule wie ambulante Pflege oder ambulante Soziotherapie bis hin zur stationären Aufnahme. Da der Hilfebedarf im zeitlichen Verlauf stark fluktuieren kann, sollte auch eine Herabstufung auf eine niedrigere Stufe bzw. das Aussetzen von Leistungen jederzeit möglich sein. Zur Sicherung der Teilhabe in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit werden Betreuungsangebote seitens der gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer, sofern nötig, hinzugefügt. Als Ergänzung der Versorgung können bei geeigneten Patientengruppen zusätzlich internetbasierte Therapieformen eingesetzt werden. Phasenspezifische intensive Behandlungsmodule bei schwer erkrankten Patientinnen und Patienten sollten insbesondere für somatische und psychotherapeutische Interventionen diagnosespezifisch sein.

Zum Gelingen eines solchen regionalen Netzwerks trägt eine effiziente Systemsteuerung bei. Zur Qualitätssicherung sollten die Netzwerke regelmäßige Qualitätszirkel durchführen, in denen die strukturellen Abläufe evaluiert und Fallbesprechungen durchgeführt werden. Die Koordination der Mitglieder könnte durch gemeinsame IT-Plattformen erleichtert werden, die Terminab-

sprachen und den Austausch von Informationen und Unterlagen ermöglichen (DGPPN 2018).

Flexibilisierung der Versorgung

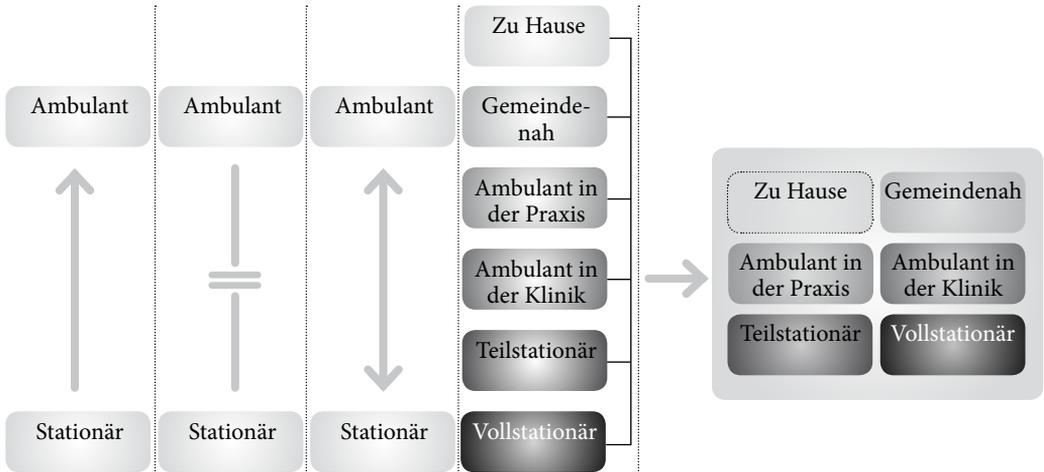
Von Beginn der Diskussion über die Gestaltung der regionalen Versorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie an stand das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Mittelpunkt. Während zunächst in fast allen Psychiatrieplänen das Prinzip »ambulant *vor* stationär« propagiert wurde, hat sich dies später zu dem Prinzip »ambulant *statt* stationär« verschärft. In den letzten zwei Jahrzehnten wurde eher dem Prinzip »ambulant *und* stationär« – und damit der Ausrichtung an den jeweiligen Patientenbedarf – der Vorzug gegeben. Letztlich hat diese Diskussion zu einer Verfestigung der Begriffe beigetragen. Der Begriff der »ambulanten Versorgung« wurde schließlich weitgehend mit der Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gleichgesetzt. Stationäre Behandlung war und ist in diesen Konzepten ebenso ausschließlich die Domäne der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser.

Im Rahmen der Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer und gemeindenaher Konzepte der psychiatrischen Versorgung wurde in den letzten zwei Jahrzehnten jedoch zunehmend stärker über Konzepte nachgedacht und diskutiert, die versuchen, den traditionellen Unterschied – und häufig auch den scheinbaren Gegensatz – zwischen ambulanter und stationärer Behandlung aufzulösen. Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung, in denen versucht wird, aufsuchende Behandlung, ambulante Behandlung in den Praxen niedergelassener Ärzte, ambulante Behandlung durch Krankenhäuser sowie tagesklinische und vollstationäre Behandlung inhaltlich und organisatorisch funktional miteinander zu verbinden.

Die Zukunft psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken wird sich daran entscheiden, wie gut es ihnen gelingt, ein an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen umfassendes und flexibles Behandlungsangebot vorzuhalten und gezielt umzusetzen. Die Zukunft aller Angebote in einer Region wird sich daran entscheiden, inwieweit es ihnen gelingt, für ihre Patientinnen und Patienten ein flexibles Behandlungsangebot anzubieten oder in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern zu organisieren. Das gilt auch für die Krankenhäuser. Schon heute ist das Angebot der psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken viel mehr als nur stationäre oder tagesklinische Versorgung. Nur durch ein weiter ausgebauten flexibles und umfassendes Angebot psychia-

trisch-psychotherapeutischer Hilfe und Versorgung können Krankenhäuser ihre Aufgaben im regionalen psychosozialen Versorgungssystem ausfüllen.

ABBILDUNG 13 Struktur des psychosozialen Gesundheitssystems in der Region im zeitlichen Verlauf



Dabei ist es nicht das Ziel, andere Patienten zu behandeln, sondern die bisher stationär im Krankenhaus behandelten Patienten anders zu behandeln. Das Versorgungsangebot im und durch das Krankenhaus kann von Zuhause-Behandlung (bzw. Stationsäquivalente Behandlung) über (Instituts-)Ambulanzen, gemischte ambulant-tagesklinische Angebote, Akut-Tagesklinik bis hin zu verschiedenen Intensitäten stationärer Behandlung reichen. Die Qualität der Versorgung muss in allen Sektoren und Settings der Versorgung (im und durch das Krankenhaus) in gleicher Weise sichergestellt werden. Dafür müssen insbesondere gleiche Qualitätskriterien definiert und deren Erfüllung adäquat finanziert werden. Die Finanzierung der Versorgung muss sich von traditionell gewachsenen Strukturen lösen und zukünftig dem Prinzip der Sicherstellung einer settingunabhängigen Versorgung und Qualität folgen. Die bestehenden Modellprojekte bieten eine wissenschaftlich abgesicherte empirische Evidenz für die Prinzipien der Finanzierung. Die Prinzipien der Recoveryorientierung und der regionalen Verantwortung müssen den Maßstab für alle Angebote in der Region bilden. Aufsuchende Hilfen wie Zuhause-Behandlung, die Einrichtung von Teams des Assertive Community Treatments (ACT) und von Crisis-Intervention-Teams müssen ein zentraler Bestandteil der Versorgung werden. Die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen müssen in einer

Weise umgestaltet werden, die zum einen wirksame ökonomische Anreize für die Umgestaltung der Versorgung geben und zum anderen die kontinuierliche Beziehungsgestaltung ermöglichen.

Aufsuchende Behandlung

Ein integraler Bestandteil jedes Versorgungssystems in der Region muss die Möglichkeit sein, Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Umfeld aufzusuchen und bei Bedarf auch dort zu behandeln. Dazu haben sich in den letzten Jahren verschiedene Versorgungs- und Finanzierungskonzepte entwickelt. Formen des Home Treatments werden schon seit geraumer Zeit in den verschiedenen modellhaften, innovativen Versorgungsmethoden eingesetzt, eine sozialrechtliche Grundlage haben sie jedoch erst 2018 durch die »Stationsäquivalente Behandlung« (StäB) erlangt.

Der Paragraph 39 Abs. 1 SGB V definiert inzwischen Krankenhausbehandlung als eine Behandlung, die »stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant« erbracht wird. Die Behandlung zu Hause oder in einer Wohneinrichtung wird damit auf die gleiche Stufe wie die anderen Formen der Krankenhausbehandlung gehoben – was aber leider noch nicht bedeutet, dass ein grundsätzlicher Anspruch auf die Durchführung der Behandlung bzw. deren Finanzierung erfolgt. Der Paragraph 115 d SGB V bestimmt im Absatz 1 diesbezüglich:

»Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhaus-träger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.«

Die Kostenträger sowie die Krankenhäuser haben darauf basierend Regeln für die Umsetzung dieser Behandlung und deren Abrechnung vereinbart. Diese haben sich jedoch als insgesamt wenig flexibel erwiesen. Insbesondere die Verpflichtung, die Leistungen täglich erbringen zu müssen – und das nur für Patienten, die die grundsätzliche Indikation für eine stationäre Behandlung aufweisen –, begrenzen den praktischen Einsatz deutlich. Die vereinbarte Finanzierung ist bisher noch nicht geeignet, die mit diesem Behandlungsinstrument verbundenen Chancen umfassend zu nutzen.

Die inzwischen in den Kliniken eingerichteten Strukturen und Abläufe sowie die Diagnosegruppen, für die stationsäquivalente Behandlung eingesetzt wird, zeigen eine hohe Heterogenität. Erste Studien zur Stationsäquivalenten Behandlung zeigen eine hohe Akzeptanz und Behandlungszufriedenheit bei den betroffenen Patientinnen und Patienten. Inwieweit es gelingen kann, bisher stationäre Behandlungen in größerer Zahl durch Behandlungen im häuslichen Umfeld zu ersetzen oder wenigstens zu ergänzen, ist aktuell noch nicht abschließend zu beurteilen (BAUMGARDT u. a. 2020; LÄNGLE 2018; LÄNGLE u. a. 2020; RASCHMANN u. a. 2022). Wirtschaftlich betrachtet erfordert die Einführung von StÄB eine ausreichende Anschubfinanzierung und zusätzliche Ausstattung, insbesondere auch im IT-Bereich. Eine abschließende wirtschaftliche Bewertung dieses Angebots ist aber aufgrund der noch kurzen Zeit der Anwendung dieser neuen Versorgungsform noch nicht möglich (GOTTLÖB u. a. 2022). Es erscheint aber grundsätzlich gesundheitspolitisch äußerst relevant, das gesamte Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten im und durch das Krankenhaus einzusetzen, um zu verhindern, dass Patientinnen und Patienten in einem Setting behandelt werden müssen, das sie nicht oder nicht mehr benötigen – nur weil andere Angebote nicht flächendeckend verfügbar oder finanzierbar sind.

Digitalisierung

Die Möglichkeiten der Digitalisierung sind geeignet, die Psychiatrie und Psychotherapie ganz grundsätzlich zu verändern. Sie werden in jedem Fall ein integraler Bestandteil einer Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft sein. In vielen Fällen sind sie dies bereits heute. Auf den ersten Blick mag es befremdlich erscheinen, gerade in einem Fach, in dem die therapeutische Beziehungsgestaltung eine so zentrale Rolle einnimmt, ein rein technisches Prinzip zwischen Patienten und Therapeuten einzufügen. Allerdings ist es unzweifelhaft, dass es uns aus verschiedenen Gründen nicht immer gelingt – bzw. gelingen kann – alle Menschen, die dies wünschen und benötigen, in einen direkten therapeuti-

schen Kontakt zu bringen. Internetbasierte Interventionen bieten auch deshalb eine gute Möglichkeit, solche Defizite in der Versorgung zu verringern. Dabei können sie in vielfältiger Weise eingesetzt werden und zum Beispiel eine orts- und zeitlich ungebundene Möglichkeit zur Überbrückung von Wartezeiten auf eine Psychotherapie oder für unterstützende Kurzkontakte bieten. Sie können zudem als Ergänzung zur konventionellen Psychotherapie von Angesicht zu Angesicht eingesetzt werden (KLEIN u. a. 2016; KNAEVELSRUD u. a. 2017).

Gerade Personen aus Regionen mit unzureichender psychotherapeutischer Infrastruktur, Personen mit alters- oder krankheitsbedingten Mobilitätseinschränkungen oder auch Menschen, die aus Scham oder Angst vor sozialer Stigmatisierung keine direkte psychotherapeutische Behandlung aufsuchen, können von diesen Angeboten profitieren. Insofern erscheinen digitale Angebote als eine Komplettierung der vernetzten psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote in einer Region sinnvoll. Nicht besonders betont werden muss sicherlich, dass gerade in Situationen wie der Corona-Pandemie diese Möglichkeiten verstärkt genutzt wurden – oft waren sie tatsächlich die einzige Möglichkeit, Psychotherapie oder andere psychiatrische Unterstützungen in Anspruch nehmen zu können. In diesem Zusammenhang wurden dann auch die bis dahin unzureichenden Möglichkeiten einer adäquaten Abrechnung deutlich verbessert.

Die Einsatzbereiche sind umfassend: Sie reichen von der bereits heute nicht selten genutzten Möglichkeit, Wartezeiten bis zu einer Face-to-Face-Therapie sinnvoll zu überbrücken, über die Ergänzung und Unterstützung bereits bestehender therapeutischer Angebote, den Einsatz in der Nachsorge und bis hin zu Möglichkeiten, durch spezifische digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa) niedrigschwellige diagnostische und therapeutische Angebote zu machen. Auch der Einsatz rein digitaler Dokumentationssysteme ist unter das Thema der Digitalisierung in der Psychiatrie und Psychotherapie zu rechnen. Verbunden werden können diese Angebote durch elektronische Plattformen, die die organisatorische Kommunikation, die Vermittlung von Wissen und die therapeutische Kommunikation zwischen allen Beteiligten des regional vernetzten Versorgungssystems ermöglichen und sicherstellen.

Zur Frage der Zukunftsfähigkeit digitaler Angebote gehört natürlich auch das Wissen um die Begrenzungen und Limitierungen, die mit deren Einsatz verbunden sein müssen (Datenschutz). Dabei zeigt sich, dass gerade hier die Grenzen zwischen therapeutischen Ansätzen im engeren Sinn und Maßnahmen zur Beratung oder zum Coaching noch fließender sind als beim Einsatz anderer therapeutischer Methoden. In jedem Fall muss sichergestellt

werden, dass die ärztlich-psychologische Diagnostik, Therapieplanung und Therapieüberwachung nicht durch elektronische Systeme – welcher Art auch immer – ersetzt werden kann. Der zumindest zeitweise erforderliche persönliche therapeutische Kontakt dient der Sicherheit der Patientinnen und Patienten und nimmt auch beträchtlichen positiven Einfluss auf die Wirksamkeit der Interventionen.

»Jeder soll eine bedarfsgerechte Versorgung bekommen« – Iris Hauth

Dr. med. Iris Hauth, geboren 1958, ist seit 1998 Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Alexianer St.-Joseph-Krankenhauses Berlin-Weißensee, seit 2007 Ärztliche Direktorin und seit 2008 auch Geschäftsführerin der Alexianer St.-Joseph-Berlin-Weißensee GmbH. Sie hat Medizin in Bochum und Lübeck studiert und die Facharztausbildungen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie absolviert. 2015 und 2016 war sie Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und ist dort weiterhin Mitglied im Vorstand. In weiteren Verbänden ist sie verantwortlich tätig.

Frau Hauth, wie sind Sie in die Beschäftigung mit Menschen mit psychischen Erkrankungen gekommen?

Das hat in der Tat einen sehr biografischen Hintergrund, und zwar hatte meine Mutter eine schwere Asthmaerkrankung, und als ich in der Pubertät war, habe ich das sehr nah miterlebt. Viele wären da sicher zurückgeschreckt, denn das war wirklich ziemlich bedrohlich. Aber ich bin nah bei ihr geblieben und habe gesehen, dass diese Nähe half. Das war für mich eine sehr große Prägung, mich für Medizin zu interessieren und mit diesem Dabeisein eine hohe Bedeutung zu geben, dem Aushalten *und* dem Helfen. Zunächst wollte ich zwar eher Psychologie studieren, aber dann bin ich doch zur Medizin gekommen. Ich wollte mich ein bisschen breiter aufstellen. Ich bin heute auch Psychosomatikerin. Medizinische Hilfe, verbunden mit der persönlichen Beziehung, um den Patienten und Patientinnen Sicherheit geben, das war das Wichtigste für mich.

Das verbinden mit unserer Arbeit viele, die in diesem Fach arbeiten. Es war Ihnen aber klar, dass Sie das von der medizinischen Seite her machen wollten und nicht allein von der psychologischen?

Das hatte natürlich etwas mit der Erkrankung meiner Mutter zu tun. Deshalb habe ich auch länger in der Psychosomatik gearbeitet, weil dort die Verbindung

zwischen körperlichen und seelischen Problemen besonders deutlich ist. Dieser Zusammenhang hat mich immer interessiert.

Wie würden Sie Ihre Art definieren, psychiatrisch-psychotherapeutisch zu arbeiten?

Im Mittelpunkt steht natürlich einerseits die Medizin. Dazu gehört es, eine umfassende Diagnostik zu machen. Das meint eine psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik, aber auch eine somatische Diagnostik, um dann andererseits natürlich ein individuelles, an den Leitlinien orientiertes Therapieprogramm aufzustellen und auch die Gespräche im Sinne einer Einzelpsychotherapie zu führen – immer an einen medizinischen Prozess gebunden: also Diagnostik und davon abgeleitet die Therapie. Das ist das Spannende an der Psychiatrie, dass man auf der einen Seite den biologischen Hintergrund sehen muss, also Medikamente oder auch Elektrokrampftherapie, auf der anderen Seite aber auch die Psychotherapie im Vordergrund steht, das Gespräch, die Beziehung, die Begleitung. Hinzu kommt der Kontext des Sozialen, der Familie, der Umgebung, des Arbeitgebers, eingebettet in die sozialräumliche Situation auf dem Land oder in der Stadt. Wir haben also die drei Bereiche des Psychologischen, Sozialen und Biologischen. Das macht das Fach so spannend.

Jeder Mensch ist eigentlich immer wieder ein Abenteuer, weil jedes Störungsbild in einer persönlichen Biografie, einem individuellen Menschen, erlebt wird, um immer wieder detektivisch und empathisch einen neuen Prozess, einen neuen Weg aus der Krise zu finden.

Bei mir ist das verbunden mit einer christlichen Haltung, in jedem Menschen ein Individuum zu sehen, auch wenn es noch so schwierig ist, zu erkennen, dass dort ein gesundes Ich vor uns steht, an dem man andocken kann, mit dem man eine Beziehung aufbauen kann. Das hat mit unserem Beziehungsangebot zu tun, mit Respekt und mit Wertschätzung.

Ohne eine empathische und vertrauensvolle Beziehung geht in unserem Fach gar nichts. Das ist unser hauptsächliches Instrument, bei allen guten therapeutischen Möglichkeiten, die es heute gibt.

Wenn Sie sich zurückerinnern, was Sie vor ungefähr zehn Jahren erwartet haben bezüglich der weiteren Entwicklung, was hätten Sie gesagt, was bis dahin eingetreten sein soll?

Ich formuliere das mal um: Ich habe damals das Gleiche gesagt wie heute, aber leider ist davon nicht viel eingetreten. Als die Integrierte Versorgung 2004 herauskam, habe ich gedacht, dass es ganz wichtig ist, die Sektorengrenzen

zu nivellieren, sodass es eine Zusammenarbeit sektorübergreifend gibt. Beziehungskontinuität über die Sektorengrenzen hin. Da haben wir nur wenig erreicht. Es sind nur wenige Verträge entstanden in der Integrierten Versorgung, und die meisten hatten auch keinen Bestand. Dinge, die wir immer noch beklagen, haben wir auch schon vor zehn Jahren beklagt. Wir haben uns immer wieder gewünscht, sektorübergreifend flexibler behandeln zu können. Bis auf wenige Modellprojekte ist da kaum etwas entstanden.

Was ist passiert, warum ist das nicht eingetreten? Was hat uns daran gehindert?

Ich glaube einerseits, dass das fragmentierte Versorgungssystem, bei dem ja Interessen dahinterstehen, auch unterschiedliche Finanzierungswege, Finanzierungswerte und unterschiedliche Sozialgesetzgebungsbücher, immer wieder dazu führt, dass jeder, der in einem Sektor Leistungen anbietet, versucht, das ökonomisch möglichst gut zu optimieren, um die Ressourcen zu erhalten und zu erweitern. Auch meine persönlichen Erfahrungen hier in Berlin sind so. In der Beschreibung der Prozesse ging es oft gut, aber wenn es darauf ankam, wie bekommen wir das hin in der Finanzierung und der Steuerung, dann wurde es nichts, weil die Partialinteressen, die verfestigt sind, auch durch die fraktionierten Systeme, vieles verhindern. Im Krankenhaus ist das jetzt noch mal schwieriger geworden, weil hier die falschen Anreize gesetzt werden. In der Pauschalierung gibt es keinerlei Motivation, etwas zu ändern, sondern es wird eher versucht, das eigene System zu optimieren.

Schauen wir in die Zukunft: Was ist Ihre persönliche Vision und was brauchen wir dazu – und woran kann es auch scheitern?

Wenn man es als große Vision formuliert, dann sollte jeder Mensch in Deutschland an jedem Ort eine bedarfsgerechte Versorgung für seine psychische Krise und seine psychische Erkrankung bekommen. Davon abgeleitet ist es aber natürlich unterschiedlich, ob man auf dem Land oder in der Stadt wohnt. Grundsätzlich sollte es so sein, dass es ein niederschwelliges System gibt für jeden, der in eine Krise kommt, sodass es schnell geklärt werden kann, wo es hingehet. Ist es eine Krise oder ist es schon eine Erkrankung?

Damit wären wir schon bei dem Modell der gestuften Versorgung, nämlich genau hinzuschauen, wer was braucht, wenn auch inklusive dessen, dass man manchmal Wünsche nach Leistungen nicht erfüllen kann. Wir müssen da sicherlich Kriterien einführen, dass nicht jede Krise, egal ob Berufskrise oder Ehekrise, zu einer therapeutischen Behandlung führt, sondern es müssen die

Patienten bedarfsgerecht in das System eingeschleust werden – oder eben auch nicht. Es sollte ruhig eine zweite Sicht geben, vielleicht auch von jemandem, der unabhängig vom Gesundheitssystem ist, der die Kriterien überprüft. Ich glaube, dass wir auf die Dauer den hohen Bedarf, der entsteht, nicht decken können, wenn wir nicht genau hinschauen, wer was braucht und wer was nicht braucht.

Weil wir auch Verantwortung haben im Umgang mit den ja immer auch endlichen Ressourcen?

Die Schwierigkeit gibt es natürlich immer. Ich nehme einmal das Beispiel, dass jemand unbedingt eine Wirbeloperation will, und ein Arzt sagt, dass man das aber auch eher konservativ behandeln könne. Na ja, dann wird eben die Indikation zur Operation nicht gestellt. Bei uns ist es viel schwieriger, zu sagen, dass wir die Indikation nicht stellen, wenn jemand nach unseren Diagnosesystemen eine Erkrankung hat. Die ganzen subsyndromalen Situationen, die auch zu Leid führen, aber noch keine Erkrankung sind, bei denen ist es viel schwieriger, Grenzen zu setzen. Ich bin aber der festen Überzeugung, dass wir das tun müssen. Die Menschen, die dann die Kriterien nicht erfüllen, sollten lieber ein Coaching machen, sollten lieber zur Selbsthilfegruppe gehen oder Gesundheitsförderung oder Eheberatung erhalten, jedenfalls etwas, was nicht aus dem Gesundheitssystem finanziert wird.

Sehen Sie irgendeine Chance, dass aus der Vision eine Realität wird? Wird das kommen?

So lange wir dieses fragmentierte System haben, also Kliniken, Kassenärztliche Vereinigung, Eingliederungshilfe, und diese Systeme nicht vom Gesetzgeber und der Politik gezwungen werden, etwas zusammen zu machen, sehe ich keine Chance. Ich glaube, dass bei aller Freiheitlichkeit und bei unserer liberalen autonomen Haltung auf Dauer eine echte Steuerung kommen muss. Und die muss vom Gesetzgeber vorgegeben werden.

Lassen Sie uns einen großen Schritt machen zu einem spezifischen Thema: digitale Veränderungen im System, digitale Transformation, E-Health in allen seinen Spielarten. Sie haben sich intensiv damit befasst. Können Sie einen Überblick geben, was von diesem ganzen Thema Teil der Zukunft sein wird? Nehmen wir einmal an, dass es gut läuft.

Mich stört, dass E-Health immer so ein großer Topf ist, der nicht differenziert wird. Ich möchte erst einmal in die verschiedenen Bereiche differenzieren. Es geht zunächst um eine Prozessoptimierung des Versorgungsprozesses. Dazu zählen die elektronische Patientenakte oder auch elektronische Rezepte. Ich

denke, dass ebenso die elektronische Patientenakte, wenn sie gut läuft, für den Patienten von Vorteil sein kann, weil er alle Befunde zusammen hat, weil er selbst Einblick bekommt, weil er selbstbewusst damit umgehen kann, denn im fraktionierten System entstehen Informationslücken, die so vielleicht geschlossen werden können.

Wenn wir aber zu dem therapeutischen Nutzen von E-Health-Tools kommen, so müssen wir noch einmal unterscheiden zwischen dem, was mehr auf der ärztlichen Seite zu sehen ist, und den anderen Ansätzen. Auf der einen Seite finde ich jene telemedizinischen Dinge sehr spannend, die sich schon entwickelt haben, also telemedizinische Befundung von einem Radiologen in einer Klinik oder auch ein telemedizinisches psychiatrisches Konzil in einer weit entfernten Klinik, in die kein Konsiliararzt kommt.

Nun zu den therapeutischen Apps: Die Videosprechstunde ist ja auch eine Möglichkeit, die es zulässt, in unterversorgten Regionen ein Angebot zu machen. Zum Beispiel sitzen in Berlin fünfzig psychologische Psychotherapeuten und versorgen per Videosprechstunde im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern die Patientinnen und Patienten. Erfreulicherweise hat das durch die Pandemie einen großen Auftrieb erhalten. Das wird von den Patienten auch akzeptiert, wenn der Kontakt und die Beziehung stehen und wenn eine Diagnostik vorher umfangreich gemacht worden ist.

Dann kommen wir zu den digitalen Anwendungen in der Psychotherapie: Meistens sind es kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze; ganz selten gibt es auch welche mit tiefenpsychologischem Hintergrund. Ich denke, dass diese digitalen Angebote Vorteile haben, und zwar nicht nur als Ersatz, weil kein Therapeut da ist, sondern durchaus auch als alleinige Therapie – natürlich ebenfalls eingebunden in eine gründliche Diagnostik, die möglichst vis-à-vis stattfinden sollte und möglichst somatische Diagnostik einschließt. Die besten Wirksamkeitsergebnisse, das zeigen auch Studien, hat das sogenannte »Blended Care«, indem es neben den digitalen Anwendungen, die die Patienten selbstständig durchführen, regelmäßig Kontakte mit den Therapeuten stattfinden. Das verbessert die Haltequote und damit die Wirksamkeit.

Für die Patienten kann das Vorteile haben, zum Beispiel für diejenigen, die es gar nicht schaffen können, nachmittags in Therapie zu gehen. Ich finde, man kann die Patienten dann mehr empowern, selbstständiger machen, weil sie etwas selbstständig tun können, wenn auch mit einem Feedback des Therapeuten.

Da sehe ich jedenfalls große Möglichkeiten in der Entwicklung. Ebenso in der Nachsorge oder zur Integration am Arbeitsplatz.

Aber schauen wir noch mal über Erkrankungen hinaus. Wir beklagen immer, dass es zu wenig Prävention und Gesundheitsförderung auch im psychischen Bereich gibt. Das halte ich für ein Feld, das noch weiter ausgebaut werden kann. Digitale Anwendungen also nicht nur für die körperliche Fitness, sondern auch für die Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens in Bezug auf die eigene Psyche, also für den vorbeugenden und präventiven Charakter.

Natürlich gibt es noch viele andere Dinge. Ich habe gerade Virtual-Reality-Brillen gesehen, also Techniken, mit denen man sehr effizient Angststörungen und Phobien bearbeiten kann. Im Moment gibt es auch Entwicklungen, Virtual Reality bei Suchterkrankungen zur Reduktion des Craving einzusetzen. Es gibt viele technische Möglichkeiten, die wir jetzt noch nicht so vollständig absehen können, die aber eine Unterstützung der Therapie bieten können und Patienten stärker mit einbeziehen.

Ich höre immer wieder, dass die digitalen Gesundheitsanwendungen, die DiGAs, die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz verkürzen und Lücken in unserem Versorgungssystem füllen können. Sie ersetzen nicht die persönlichen Gespräche mit Psychiatern, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, sondern dienen als Ergänzung für jene Patienten, die digital-affin und bereit sind, sich auf eine solche Therapie einzulassen.

Sie haben damit ein breites Feld aufgemacht ...

Der Einsatz von digitalen Anwendungen sollte immer nach umfassender Aufklärung gemeinsam mit den Patienten entschieden werden. Wichtig ist auch, dass die digitalen Anwendungen den Nachweis ihrer Wirksamkeit erbracht haben und in das Register des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gelistet sind. Nur diese digitalen Anwendungen werden von den Krankenkassen übernommen. Für die Zukunft sehe ich aber noch weitere Chancen der Digitalisierung in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, beispielsweise Internetplattformen, die sektorübergreifend von Kliniken und ambulanten Leistungserbringern genutzt werden können und die Dokumentation und Kommunikation schnittstellenfrei verbessern. Auf diesen Plattformen kann es Chat-Möglichkeiten der Patienten untereinander, aber auch im Kontakt mit ihren Behandelnden geben. Integrieren in die Plattform ließen sich auch DiGAs, ebenso die Möglichkeit einer Videosprechstunde. Durch solche

digitalen Plattformen könnte die lang gewünschte sektorübergreifende Versorgung gefördert werden, die Kommunikation der Patienten mit ihren Therapeuten und die Kommunikation der Patienten untereinander.

Es hat sich aber auch gezeigt, dass dabei viele Probleme auftreten können. Werden wir eines Morgens aufwachen und unsere App sagt uns: Geh' in Behandlung ... und sie die Behandlung gleich noch mitliefert. Wird das passieren? Da zeichnen Sie jetzt das Schreckensbild einer absolut technologisierten Welt. Entscheidend ist, dass die innovativen Chancen der digitalen Welt integriert werden in unser Versorgungssystem und zur Verbesserung von Diagnostik und Therapie beitragen. Dann kann künstliche Intelligenz mit dem Zugriff auf eine enorme Datenmenge die Frühdiagnostik und Diagnostik verbessern, Monitoringssysteme Krisen rechtzeitig sichtbar machen, Telemedizin und digitale Anwendungen die Behandlung intensivieren und die Ressourcen, die wir für die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen haben, verbreitern. Eine wirkliche Optimierung der Versorgung bedarf jedoch einer stetigen Reflexion über Chancen und Risiken und einer Einbettung in das vorhandene Versorgungssystem. Dabei sind die digitalen Innovationen immer nur Tools, die wir als Professionelle zur Optimierung lernen und einsetzen sollten.

Und last but not least wünschen sich Menschen in psychischen Krisen Einfühlung, Verstandenwerden und Begleitung von qualifizierten Psychiatern und Psychologen.

Wir reden ja viel darüber, was gute Psychiatrie ist. Wird es eine bessere Psychiatrie werden, wenn wir – auch unter Beachtung der Grenzen – das mit einbeziehen, was Sie geschildert haben?

Eine andere Psychiatrie, ja. Vielleicht eine, die den Bedarf individuell unterstützt und die Ressourcen schont, aber gleichzeitig mit Risiken und Grenzen umzugehen weiß. Auch in Deutschland ist es so, dass Menschen, die nativ mit diesen technischen Möglichkeiten groß geworden sind, andere Bedürfnisse haben. Das kann man nicht mit Psychoedukation mit Papier und Bleistift machen. Es wird eine andere Psychiatrie werden und wir müssen uns auf die neuen Medien einstellen, weil die jungen Generationen damit groß geworden sind, sie nutzt und auch bevorzugt.