

SCHWERPUNKT

INTERVIEW

Dr. Norbert Paas, Geschäftsführer der IVPNetworks GmbH, im Gespräch mit **Alexander Fricke**, Director Public Sector Consulting, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.



Bedarfsklärung als zentrales Element bei psychischen Erkrankungen

Der veränderte Umgang mit der Krankheit, Verbesserungspotenziale in Deutschland und Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die weitere Entwicklung

Die IVPNetworks GmbH vernetzt die am Gesundheitswesen beteiligten Interessensgruppen miteinander. Wie hat sich die IVP in den letzten Jahren entwickelt und welche Rolle nehmen Sie im Gesundheitswesen ein?

Wir als IVP haben uns kontinuierlich weiterentwickelt: Wir sind mit der Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen gestartet, um über eine ambulante, aufsuchende Behandlung in einem multiprofessionellen Team eine Alternative zum Klinikaufenthalt bereitzustellen. Unsere Rolle ist und war Netzwerkstrukturen aufzubauen. Auf dem Gebiet der Psychiatrie arbeiten Ärztinnen und Ärzte Hand in Hand mit psychiatrischem Pflegepersonal oder auch Fachkräften für Soziotherapie und bieten eine Alternative zur deutlich mehr belastenden stationären Behandlung. Da war unsere Rolle primär die Akquise und Betreuung der Netzwerkmitglieder sowie die Bereitstellung einer IT-Plattform für die vernetzte Versorgung. Über die letzten Jahre haben wir uns sukzessive auch immer mehr in den Bereich von vermeintlich leichter erkrankten Personen entwickelt. Hier geht es um eine eher psychotherapie-nahe Behandlung sowie die Themen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Fallsteuerung. Ziel ist, nach einer schnellen Bedarfsklärung passgenaue Therapie- oder Versorgungsmodule anzubieten, die auch im niederschweligen Bereich zu finden sind: von der Vermittlung in psychosoziale Hilfen über Online-Selbsthilfe, Telefoncoaching und Psychoedukation bis hin zur Psychotherapie. Auch Gruppenangebote spielen hier eine Rolle.

Wie würden Sie Ihr Businessmodell beschreiben und welche Auswirkungen hat Ihr Geschäftsmodell unter Berücksichtigung der Covid-19-Pandemie?

Also erst einmal haben wir uns immer als medizinische Gesellschaft gefühlt, das ergibt sich auch aus der Gesellschafterstruktur. Der Co-Geschäftsführer Dr. Matthias Walle ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und die deutlich überwiegende Mehrheit im Gesellschafterkreis kommt aus dem Versorgungsumfeld. Das sind Ärzte und psychiatrische Pflegekräfte. Wir haben eigentlich immer alle unsere Versorgungskonzepte über Inhalte aufgebaut und den Business Case anschließend auf den Inhalt angepasst. Wir sind anbieterunabhängig und einfach überzeugt davon, dass eine gute Diagnostik und Bedarfsklärung vor einer Behandlung sehr wichtig ist und nicht jeder beispielsweise sofort und immer eine hochschwellige Therapiemaßnahme benötigt. Darüber hinaus sind wir der Ansicht, dass es für die Patientinnen und Patienten besser ist, wenn die Arbeitsfähigkeit erhalten bleibt oder schnell wiederhergestellt werden kann. Nicht nur weil es aus ökonomischer Sicht besser ist, sondern weil es für die Menschen wichtig ist. Arbeit ist ein wichtiges, stabilisierendes Instrument. Ambulante Hilfen insbesondere in Form interdisziplinärer Teams können häufig Klinikaufenthalte verhindern.

Und so leben wir eigentlich auch die Corona-Pandemie. Wir versuchen weiter, gute und bedarfsgerechte Versorgungskonzepte umzusetzen, und haben nicht angefangen, Corona-Produkte zu launchen, wie es Wettbewerber teilweise gemacht haben.





Das Schwerpunktthema unserer aktuellen Ausgabe lautet Prävention. Welchen Stellenwert schreiben Sie der Prävention – im Speziellen der Tertiärprävention – zu?

Wir bei der IVP bewegen uns im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention. Hier sind wir über Selektivverträge unterwegs. Wichtig ist im Rahmen der Prävention zunächst, frühzeitig mit den richtigen Themen zu starten. Wenn eine manifestierte Erkrankung aufgetreten ist, gilt es sicherzustellen, dass sich die Krankheit nicht zu stark chronifiziert. Im Bereich der Sekundärprävention haben wir unsere Verträge wie folgt aufgebaut: Krankheitsfrühphasen zu erkennen, schnell eine passgenaue Therapie anzubieten, aber auch niederschwellige, passgenaue Angebote zu offerieren, mit denen wir schauen, wer eigentlich wann welche Behandlung benötigt. Hiermit wird das Ziel verfolgt, schnell Effekte zu erzielen und die Gesundheit der Betroffenen zu steigern.

„Wenn Patientinnen oder Patienten wiederholt in die Klinik gehen, dann ist das weder für die Gesellschaft noch für die Betroffenen gut.“

Im Bereich der Tertiärprävention gilt das Gleiche. Wenn Patientinnen oder Patienten wiederholt in die Klinik gehen, dann ist das weder für die Gesellschaft noch für die Betroffenen gut. Und viele Klinikaufenthalte sind durchaus auch sozial verursacht. Bei schizophrenen Erkrankungen kann das beispielsweise die Überforderung der Familien sein. Die Erkrankten gehen dann in die Klinik, obwohl das auch ambulant hätte behandelt werden können. An dieser Stelle sollte viel mehr an ambulanten Hilfsangeboten – auch SGB-übergreifend – gearbeitet werden. Ein sektorübergreifender Blick beispielsweise zwischen SGB 5 und SGB 9 findet derzeit viel zu wenig statt.

Wie haben sich psychische und chronische Krankheiten Ihrer Erfahrung nach entwickelt und hat sich der Umgang hiermit in den vergangenen Jahren verändert?

Es gibt nicht unbedingt einen Anstieg der Prävalenz von psychischen Erkrankungen. Es geht vielmehr darum, wie mit einer Krankheit umgegangen wird. Die Themen Entstigmatisierung, aber auch strukturelle Probleme und komplette Fehlanreize spielen hier eine Rolle. Ich glaube, da muss man nur auf die aktuelle Corona-Pandemie gucken. Wenn eine psychiatrische Klinik eine Betten-Bereitstellungspauschale in Höhe von 560 Euro bekommt, dann machen die Verantwortlichen die Betten leer und halten sie für potenzielle Covid-19-Patienten frei. Das ist reihenweise im Frühling 2020 passiert. Sicher spielte die Unsicherheit bezüglich Covid-19 eine zentrale Rolle. Dennoch war es wirtschaftlicher, ein leeres Bett bereitzustellen, als das Bett mit einem psychisch kranken Patienten zu belegen. Wirtschaftliche Interessen spielen bei der Versorgung von psychisch kranken Personen mit Sicherheit eine große Rolle. Aber ich glaube auch, dass sich der Umgang mit psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren verändert hat. Früher war es ein Makel, „Ich bin psychisch krank“ zu sagen, das ist heute anders. Heute heißt es eher, „ich hatte Burn-out und suche therapeutische Behandlung“. Was auch auffällig ist: Psychotherapieangebote sind regional nicht gleich verteilt oder verfügbar. In Hamburg sammeln sich beispielsweise viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten um die Außenalster herum. Aber in Steilshoop und Billstedt, da gibt es kaum psychotherapeutische Praxen. Natürlich hat das zur Folge, dass die Leute, die dort wohnen, viel seltener in die psychotherapeutische Behandlung kommen als diejenigen, die in Eimsbüttel oder in Eppendorf wohnen.

„Es gibt nicht unbedingt einen Anstieg der Prävalenz von psychischen Erkrankungen. Es geht vielmehr darum, wie mit einer Krankheit umgegangen wird.“

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) hat im Oktober letzten Jahres bekannt gegeben, dass knapp 28 Prozent der erwachsenen deutschen Bevölkerung jedes Jahr unter einer psychischen Erkrankung leiden. Würden Sie in diesem Zusammenhang schon von einer „Volkskrankheit“ sprechen?

Die Zahlen stimmen sicherlich. Allerdings ist die Frage, ob es sich um 30 Prozent behandlungsbedürftige Personen handelt. Das wage ich stark zu bezweifeln, denn nicht jede Störung und nicht jedes Problem ist gleich eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Die Herausforderung ist bei dieser großen Gruppe, gerade Patientinnen und Patienten mit einem akuten Behandlungsbedarf schnell in die Versorgung zu bringen.

„Früher war es ein Makel, „Ich bin psychisch krank“ zu sagen, das ist heute anders.“

Das heißt eine richtige Volkskrankheit sehen Sie darin nicht?

Wenn es 30 Prozent sind, dann ist das natürlich sehr viel. Ich denke, dass viele einen hohen Leidensdruck haben, und ich befürchte, dass die Zahl der Erkrankungen durch die Pandemie sowie den Umgang mit der Pandemie noch um einiges steigen wird. Damit rechne ich, weil viele auch nicht versorgt wurden, viele stark belastet und voller Sorge wegen der Pandemie und den Folgen daraus sind. Das macht etwas mit den Menschen, denn die Sozialinteraktion ist bei vielen weggefallen. Das prägt sich unterschiedlich aus, und bei Kindern scheint es so zu sein, dass das massiv zugenommen hat.

Nur knapp 18 Prozent wenden sich an einen Leistungserbringenden: Werden psychische Erkrankungen aus Ihrer Sicht oft nicht als solche wahrgenommen oder ist es den Patientinnen und Patienten unangenehm, damit Behandlung zu suchen? Welche Maßnahmen könnten hier Abhilfe schaffen?

Viele Erkrankungen werden sicherlich nicht früh genug erkannt und behandelt. Gerade Männer scheuen sich oft, professionelle Hilfe zu suchen. Ich denke aber, dass insgesamt die Gesellschaft mit dem Thema viel offener umgeht als vor einigen Jahren. Auf der anderen Seite ist nicht jede psychische Belastung gleich behandlungsbedürftig. Aus diesem Grund sind eine gute Bedarfsklärung und Diagnostik essenziell. Ziel muss sein, dass die wirklich behandlungsbedürftigen Menschen eine angemessene Behandlung erhalten. Eine weitere wichtige Maßnahme wäre, Angebote zu offerieren, die wirklich niederschwellig und verfügbar sind. Beispielsweise über digitale Gesundheitsanwendungen. Eine Psychotherapie ist bereits eine ziemlich hochschwellige Maßnahme. Es muss ziemlich viel erfüllt sein, damit die Behandlung auch wirksam ist und die Patientin oder der Patient das wirklich macht. Häufig werden Therapien abgebrochen.

→ „Viele Einweisungen in die Kliniken kommen von Hausärztinnen und Hausärzten, ohne dass die Erkrankten jemals einen Psychiater oder Psychotherapeuten gesehen haben.“





Insbesondere die diagnostizierten Fälle des Burn-out-Syndroms haben stark zugenommen. Wie schätzen Sie diese Entwicklung ein und wie hoch ist Ihrer Meinung nach die Gefahr einer späteren, psychischen Erkrankung?

Psychische Erkrankungen sind behandlungsfähig. Es gibt für alle Formen von psychischen Erkrankungen gute Behandlungsmöglichkeiten, die natürlich unterschiedlich wirksam sind. Es gibt zwar Leitlinien, aber nur ein Bruchteil der Betroffenen wird leitliniengerecht versorgt. Da findet sowohl Unter-, Über- als auch Fehlversorgung statt. Und über eine gute Behandlung mit Früherkennung und passgenauer Therapie kann eine Chronifizierung natürlich vermieden werden und damit lassen sich auch die Kosten für das komplette System reduzieren. Die Kunst besteht darin, das zu erkennen. Der Zugang und die Versorgung sind in Deutschland allerdings kaum geregelt. Viele Einweisungen in die Kliniken kommen von Hausärztinnen und Hausärzten, ohne dass die Erkrankten jemals einen Psychiater oder Psychotherapeuten gesehen haben. Insgesamt werden die ambulanten Möglichkeiten nicht ausreichend genutzt.

„Es gibt klare Trends in Richtung Ambulantisierung und vernetzte Versorgung.“

Wie kann man den von Ihnen genannten Problemen vorbeugen?

Einer unserer Ansätze ist es, von den starken Sektoren wegzukommen und zu schauen, was die Betroffenen wann und in welcher Krankheitsphase benötigen, um dann auch eine gestufte Versorgung anzubieten. Nach den Grundsätzen „ambulant vor stationär“, „schnell vor langsam“, „niederschwellig vor hochschwellig“. Zusätzlich ist es wichtig, die einzelnen Aktiven im Sektorenübergang und auch innerhalb der einzelnen Sektoren zusammenzubringen, damit der Übergang gut geregelt werden kann. Als Beispiel ist hier der Übergang von der Hausarzt- zur Psychiatriepraxis und in die stationäre Versorgung zu nennen.

Außerdem gibt es bundesweit bei Weitem nicht flächendeckend die Angebote, die wirklich gebraucht werden und die eine ambulante, für die Hilfebedürftigen oft schonendere Behandlung ermöglichen würden. Da rede ich jetzt nicht von Psychotherapie, sondern von Soziotherapie, psychiatrischer Pflege oder Ergotherapie.

In Bayern gibt es nach meinem Stand einen einzigen psychiatrischen Pflegedienst und in Niedersachsen etwa 45. Das hat wenig mit Medizin und dem medizinischen Bedarf, sondern viel mit Zulassungshürden und Vergütungssätzen zu tun. Die potenziell angebotenen Leistungen müssen auch wirtschaftlich erbracht werden können, dann entwickelt sich ein entsprechender Markt für niederschwelligere Hilfen. Das mit den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) ist ja faktisch gemacht worden, weil die Politik ein massives Interesse an der Entwicklung digitaler Angebote hatte, und auf einmal geht es. Der Weg in die Versorgung ist noch sehr weit und ob das am Ende so funktioniert, wird man sehen. Aber es ist zumindest erst einmal ein richtiger Weg, dass auch niederschwellige Angebote in der Versorgung ankommen und genutzt werden können.

Welche Entwicklung prognostizieren Sie für die Zukunft?

Es gibt klare Trends in Richtung Ambulantisierung und vernetzte Versorgung. Diese Strukturen haben sich auch über die letzten Jahre positiv entwickelt. Es gibt auch mehr Angebote an dieser Stelle, jedoch noch immer nicht genug. Darüber hinaus nehmen DiGAs zu. Im DiGA-Verzeichnis gibt es auch einige Anwendungen aus dem psychischen Bereich, und dort werden noch mehr hinzukommen. Die Vernetzung der Beteiligten verlangt neue IT-Lösungen. Es gibt einen neuen Richtlinienentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Thema der „strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf“. Im Rahmen des vom Innovationsfond geförderten Projektes neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (NPPV) haben wir hier wichtige Vorarbeiten geleistet. Dieses gemeinsame Projekt mit der Kassennärztlichen Vereinigung Nordrhein als Konsortialführer hat mittlerweile 14.000 Patientinnen und Patienten eingeschrieben. Was mich auch sehr gefreut hat, ist, dass in diesem Projekt das Thema Koordination der Versorgung als zentrales Element etabliert wurde. Außerdem bin ich der Meinung, dass eine vernetzte Versorgung letztendlich nur über eine IT-Plattform laufen kann. Beispielsweise wurde in dem Projekt sehr erfolgreich eine digitale Gruppenbörse für niederschwellige Gruppen etabliert.

Ich bin der festen Überzeugung, dass viele Selektivverträge, die auf Papier existieren, aber ohne IT-gestützte Behandlungspfade umgesetzt werden, zumindest nicht im großen Rahmen funktionieren. Wenn wir eine Änderung erreichen wollen, dann sind ambulante vernetzte Angebote, die Bereitstellung auch von niederschweligen telemedizinischen Angeboten/E-Mental-Health sowie eine gute Bedarfsklärung und strukturierte gestufte Versorgung wichtig. Natürlich sind hier auch stationäre Angebote einzubinden. Das Case Management spielt dann für die Behandlung von Betroffenen mit einem komplexen Versorgungsbedarf eine wichtige Rolle – auch in der Funktion des „Kümmerns“.



Dr. Norbert Paas
Geschäftsführer der IVPNetworks GmbH

Dr. Norbert Paas absolvierte ein Diplom-Studium in Geologie. Zwischen 1998 und 2003 war er als Berater und Projektleiter bei der Boston Consulting Group im Einsatz und anschließend – von 2004 bis 2010 – als Leiter Organisation bei der Techniker Krankenkasse tätig. Seit 2011 ist er Mitgesellschafter und Geschäftsführer bei der IVPNetworks GmbH in Hamburg.



Alexander Fricke
Director
Public Sector Consulting
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
africke@kpmg.com