

DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie



VERSORGUNG – FORSCHUNG – NACHWUCHS – QUALITÄT

DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie



Psychische Erkrankungen sind die Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts. Niemand zweifelt noch ernsthaft an dieser Feststellung, denn die Beweislage ist erdrückend: Jeder Vierte leidet im Laufe eines Jahres an einer psychischen Erkrankung, Arbeitsunfähigkeiten und Frühverrentungen nehmen bisher unbekannte Ausmaße an, die Wartezeiten auf Therapieplätze haben einen Höchststand erreicht.

Dies ist die Realität in Deutschland im Jahr 2018, an der auch Politik und Selbstverwaltung nicht mehr vorbeikommen. Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD ist das schwarz auf weiß nachzulesen – in ressortübergreifender Einigkeit.

Damit sind wir aber noch nicht am Ziel. Nicht die Betroffenen, nicht ihre Angehörigen und auch nicht die zehntausenden Ärzte und Therapeuten, Pflegekräfte und Sozialarbeiter, die allesamt häufig genug an den Unzulänglichkeiten des Hilfesystems verzweifeln.

Den Problemanalysen müssen jetzt Lösungen folgen. Dafür sollen die vorliegenden Standpunkte der DGPPN Impulse geben. Den Leitprinzipien Patientenwohl und Wissenschaftlichkeit verpflichtet, werden Lösungsansätze formuliert, die unverzichtbar für eine zukunftsfähige Psychiatrie sind. Dazu zählen Positionen zur Weiterentwicklung der Versorgung, zur Nutzung aktueller Chancen der Forschung, zur Ausbildung und Nachwuchsgewinnung sowie zum Stellenwert einer guten Personalausstattung.

An vielen Stellen übernimmt die DGPPN bereits mit einer Vielzahl von Aktivitäten ihren Teil der Verantwortung. Sie erarbeitet Leitlinien, beteiligt sich an Modell- und Forschungsvorhaben, fördert den Wissensaustausch innerhalb sowie außerhalb des Faches und begleitet mit der Expertise ihrer Mitglieder zahllose Gesetzesvorhaben auf Bundes- und auf Länderebene.

Indem der Handlungsbedarf im Bereich der psychischen Erkrankungen von allen Seiten anerkannt wurde, ist ein wichtiger erster Schritt getan. Der Gesetzgeber, die Kostenträger und Selbstverwaltungspartner sind nun aufgerufen, ihre Anstrengungen zu intensivieren.

Es ist der richtige Zeitpunkt gekommen, um hier und jetzt die Zukunft der Psychiatrie gemeinsam und entschlossen zu gestalten.

Für den Vorstand der DGPPN

Prof. Dr. med. Arno Deister
Präsident DGPPN

DGPPN-Standpunkte auf einen Blick

Versorgung

Das gut ausgestattete, aber auch hochfragmentierte deutsche Versorgungssystem ist nicht nur von hilfesuchenden Menschen, sondern auch von den dort professionell Tätigen kaum noch zu überschauen und deshalb schwierig zu navigieren, was gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gravierende Folgen hat. Ein schweregradgestuftes regionales Versorgungsnetz, welches verbindliche Regeln zur Koordination und Steuerung der Hilfsangebote einerseits und der Patientenwege andererseits umfasst, kann den individuellen Hilfebedarf passgenau abdecken. Der Gesetzgeber wird aufgerufen, zur Überwindung von Sektorengrenzen und Partialinteressen Anreize für eine verpflichtende sektorenübergreifende Vernetzung der Leistungserbringer zu schaffen.

Forschung

Die Erforschung der Ursachen und Therapien psychischer Erkrankungen befindet sich aufgrund zahlreicher technischer Innovationen und umfangreicher epidemiologischer Studien an einem Wendepunkt. Um die aktuellen Forschungschancen zu nutzen und zu einer besseren Versorgung beizutragen sind nachhaltig geförderte, vernetzte Strukturen notwendig, die eine dynamische Zusammenarbeit exzellenter Forscher aus verschiedensten Bereichen und somit auch die Erforschung psychischer Erkrankungen über die Lebensspanne ermöglichen. Die aktuell vom Bundesministerium für Bildung und Forschung angekündigte Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit könnte diese Lücke schließen und sollte als vernetztes Zentrum aus gleichberechtigten universitären und außeruniversitären Einrichtungen realisiert werden.

Nachwuchs

Die Grundlage einer wirksamen, evidenzbasierten und personenzentrierten Psychiatrie ist hochqualifiziertes Personal. Dabei nehmen Psychiater aufgrund ihrer breiten Aus- und Weiterbildung eine zentrale Rolle ein. Damit die Psychiatrie für den ärztlichen Nachwuchs weiterhin attraktiv bleibt, müssen jedoch entsprechende Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in Kliniken und Praxen gegeben sein. Dies sollte eine für das Fach, die Selbstverwaltung und die Politik gleichermaßen prioritäre Aufgabe sein. So sollten weiterbildende Kliniken und Praxen in ihren Weiterbildungsaufgaben durch entsprechende Weiterbildungspauschalen unterstützt und psychische Erkrankungen als zentrales Thema in das Medizinstudium aufgenommen werden.

Qualität

Die Qualität psychiatrischer Versorgung – insbesondere auch hinsichtlich der Umsetzung ethischer Standards – hängt maßgeblich von einer guten Personalausstattung und ausreichend Zeit für Patientengespräche ab. Die Festlegung von Personalmindestvorgaben in psychiatrischen Kliniken wird deshalb darüber mitentscheiden, ob die Psychiatrie auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung leisten kann. Aus diesem Grund ist es unabdingbar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) rechtzeitig eine Richtlinie für ein Personalbemessungssystem vorlegt, das verbindlich angewendet und vollständig refinanziert wird. Um den Prozess zu unterstützen, wird die DGPPN in Kürze zusammen mit einer Vielzahl von Verbänden einen grundsätzlichen Vorschlag für ein umfassendes, bedarfsorientiertes und leitliniengerechtes Personalbemessungssystem vorlegen.

Kooperation und Vernetzung: Für eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung



Menschen mit psychischen Erkrankungen haben in der Regel einen komplexen Hilfebedarf. Um diesen zu decken und den Betroffenen gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, sind eine Vielzahl von medizinischen und psychosozialen Angeboten notwendig. In den letzten Jahrzehnten hat sich in Deutschland ein umfangreiches Versorgungs- und Hilfesystem gebildet, das eine Reihe von Berufsgruppen umfasst. Es ist aufgrund verschiedener sozialrechtlicher Grundlagen stark sektoriell gegliedert – mit jeweils verschiedenen Leistungsanbietern und Kostenträgern. Aufgrund der stark gestiegenen Nachfrage nach Hilfeleistungen steht dieses System heute vor großen Herausforderungen. Dabei sind Kooperation, Vernetzung und Steuerung Schlüsselfaktoren, um auch in Zukunft noch eine patientenzentrierte, bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten zu können.

4

Die wichtigsten Standpunkte auf einen Blick:

- Die aktuell drängendste Herausforderung ist es, eine evidenzbasierte, bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen und steigender Nachfrage zu gewährleisten.
- Das umfassende, aber auch hochfragmentierte deutsche Versorgungssystem ist nicht nur von hilfesuchenden Menschen, sondern auch von den dort professionell Tätigen kaum noch zu überschauen und deshalb schwierig zu navigieren, was sich gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erheblich nachteilig auswirkt.
- Ein schweregradgestuftes regionales Versorgungsnetz, welches verbindliche Regeln zur Koordination und Steuerung der Hilfsangebote einerseits und der Patientenwege andererseits umfasst, kann den individuellen Hilfebedarf passgenau abdecken.
- Der Gesetzgeber wird aufgerufen, zur Überwindung von Sektorengrenzen und Partialinteressen Anreize für eine verpflichtende sektorenübergreifende Vernetzung der Leistungserbringer zu schaffen.
- DGPPN-Modell für eine gestufte und koordinierte Versorgung gibt Lösungsansätze vor (siehe Abb. letzte Seite)

Der Bedarf ist komplex, das Hilfesystem auch

In der Bundesrepublik erkrankt im Verlauf eines Jahres mehr als jeder Vierte an einer psychischen Erkrankung unterschiedlichen Schweregrads. Obwohl die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen enorm gestiegen ist, steht immer noch nur jeder fünfte Betroffene mit einer Diagnose aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen im Kontakt mit dem Gesundheitssystem. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass der Hilfebedarf aus unterschiedlichen Gründen weiter ansteigen wird. Dank besserer Informationen und der langsam voranschreitenden Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in unserer Gesellschaft nehmen immer mehr Menschen Beratungs- und Therapieangebote an. So wird eine der Herausforderungen für die Zukunft sein, bei steigender Nachfrage nach psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen und begrenzten finanziellen Ressourcen eine qualitätsvolle Versorgung aufrechtzuerhalten.

Grundsätzlich ist das Versorgungssystem in Deutschland für diese Herausforderungen gut gerüstet. In den letzten 40 Jahren hat sich ein hochdifferenziertes ambulantes und stationäres Versorgungssystem für die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen etabliert. Mit fortschreitender Spezialisierung hat aber nicht nur die Zahl und Vielfalt der Einrichtungen und Träger zugenommen, sondern es entwickelte sich auch ein überaus komplexes System von Entgeltverfahren sowie Versicherungs- und Finanzierungsarten. Unterschieden werden muss zwischen Leistungen aus der medizinisch-therapeutischen Behandlung, der Eingliederungshilfe, der Hilfe zur Pflege, der Sozialhilfe und weiteren Bereichen. Die Leistungsarten werden mittels einer gegliederten Sozialgesetzgebung geregelt und von einem breiten Spektrum an Kostenträgern finanziert. Dazu gehören die gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungen, örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger, kommunale und regionale Behörden, Arbeitsverwaltungen sowie private und freigemeinnützige Wohlfahrtsverbände.

Das hochdifferenzierte, aber auch hochfragmentierte Versorgungs- und Kostenträgersystem ist weder von den Menschen mit psychischen Erkrankungen, noch von den dort professionell Tätigen zu überschauen. Häufig finden Menschen mit akuten Symptomen, in Krisen oder mit chronischen Verläufen ihrer Erkrankung nicht die für sie individuell passende Hilfe oder scheitern an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen ambulanten und stationären Angeboten, was zur Verzögerung und zu Abbrüchen einer sachgerechten Behandlung und Betreuung führt. Insbesondere für Patienten, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden, ist

die Navigation im System daher sehr problematisch – mit dem Resultat, dass insbesondere den Patienten mit größerem Bedarf weniger Hilfsangebote zur Verfügung stehen („inverse care law“). Nach wie vor existiert in Deutschland kein flächendeckendes und refinanziertes intensiv-ambulantes Behandlungssystem, das von niedergelassenen Fachärzten oder Institutsambulanzen oder von beiden gemeinsam angeboten werden könnte. Damit ließe sich ansonsten die Lücke zwischen hochintensiver (teil-)stationärer Behandlung auf der einen und niedrigintensiver ambulanter Behandlung auf der anderen Seite schließen und teure Hospitalisierungen mittelfristig reduzieren. Stattdessen sind hohe direkte und indirekte Kosten durch Wiederaufnahmen und Rückfälle, lange Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie viele Frühberentungen und nicht zuletzt großes Leid der Betroffenen und der Angehörigen zu registrieren.

Verbindliche Kooperation, klare Verantwortlichkeiten

Schon im Bericht der Psychiatrie-Enquete von 1975 wurde in Westdeutschland die fehlende, verbindliche und strukturierte Kooperation der Leistungserbringer als Defizit beschrieben. Auch das im Juli 2018 veröffentlichte Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Neben dem Ausbau der ambulanten und tagesklinischen Kapazitäten wird dort die klare Verortung der Koordinationsverantwortung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gefordert. Zur Umsetzung einer strukturierten sektorenübergreifenden Versorgung hat der Gesetzgeber schon seit längerem gesetzliche Grundlagen im Sozialgesetzbuch V geschaffen. Seit 2004 besteht die Möglichkeit, integrierte Versorgung (§ 140 SGB V) über verschiedene Leistungssektoren oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung zu sichern. Im Bereich der psychischen Erkrankungen sind nur wenige Verträge zustande gekommen. Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V ermöglichen den Kliniken eine sektorenübergreifende Leistungserbringung einschließlich komplexer ambulanter psychiatrischer Behandlung im häuslichen Umfeld. Aktuell werden circa 20 Modellvorhaben umgesetzt. Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) – seit 01.01.2017 in Kraft – hat die Möglichkeit zur stationsäquivalenten Behandlung im häuslichen Umfeld (StäB) für die Kliniken geschaffen. Hoffnung auf neue Impulse für eine verbindlich strukturierte und

vernetzte Versorgung weckt der Innovationsfonds, der seit 2016 zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung eine Vielzahl von Modellprojekten finanziert.

Gestufte Versorgung im Netzwerk ist die Zukunft

Es ist aktuell die drängendste Herausforderung, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter der Bedingung begrenzter ökonomischer Ressourcen und einer steigenden Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen am Bedarf und an den Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen auszurichten und evidenzbasiert umzusetzen. Nur ein gestuftes Vorgehen innerhalb eines vernetzten Hilfesystems kann diese Kriterien erfüllen. Das beinhaltet die Koordination und Steuerung der Hilfsangebote einerseits und der Patientenwege andererseits. Gestufte und vernetzte Versorgungsmodelle gehen vom Bedarf des 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.

6

Die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat neben der Symptomreduktion auch die Stärkung der eigenen Ressourcen im Sinne von Empowerment und Recovery-Konzepten sowie die Ermöglichung von Teilhabe in allen Lebensbereichen zum Ziel. Da psychische Erkrankungen in engem Zusammenhang mit der sozialen Umgebung und deren Bedingungen stehen, ist die Einbeziehung des Lebensumfeldes von wesentlicher Bedeutung. Diagnostik und Therapien sollten 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 kontinuierlich angepasst werden. Aus diesem Grund ist ein Netzwerk von multiprofessionellen Leistungserbringern und eine Betreuung am Wohnort bzw. in der Gemeinde der Patienten anzustreben (siehe Abb. letzte Seite). Dabei sollte die regionale Verantwortung aller Leistungserbringer in einem Netzwerk-Verbund zusammengefasst werden, welcher aus ambulanten Leistungserbringern wie Hausärzten, Fachärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, ambulanten Pflege, der Eingliederungshilfe und weiteren psychosozialen Angeboten sowie den Kliniken besteht.

Aufgabe des regionalen Netzwerkes ist es, die Leistungsinhalte der Therapie- und Betreuungsangebote

gemäß dem individuellen Bedarf des Patienten festzulegen. Intensität, Dauer und Umfang der jeweiligen Maßnahme müssen am Schweregrad 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 Fachkliniken oder eigens eingerichteten Diagnostik- und Kriseninterventionszentren angeboten werden. Dort sollte nach einer diagnostischen Einschätzung der Behandlungsbedarf abgeklärt, notfalls eine Krisenintervention angeboten oder auch 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 bzw. ärztlichen und psychologischen 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, wenn nötig, hinzugefügt. Als Ergänzung der Versorgung können bei geeigneten Patientengruppen zusätzlich internetbasierte Therapieformen eingesetzt werden. Phasenspezifische intensive Behandlungsmodule bei schwer erkrankten Patienten sollten insbesondere für somatische und psychotherapeutische Interventionen diagnosespezifisch sein. Zum Gelingen eines solchen regionalen Netzwerkes trägt eine effiziente Systemsteuerung bei. Zur Qualitätssicherung sollten die regionalen 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, welche Terminabsprachen und den Austausch von Informationen und Unterlagen ermöglichen.

Anreize für Koordinationsaufgaben schaffen

Leitmotiv des gestuften Versorgungsmodells ist es, leichter erkrankten Patienten schnelle und niederschwellige, weniger intensive Angebote zu vermitteln, um eine Verschlechterung bzw. Chronifizierung zu verhindern. Bei Verschlechterung der Erkrankung sollten die Angebote in Dauer, Umfang und Frequenz zügig angepasst und bei schwer erkrankten Patienten eine ausdifferenzierte, intensive Behandlung angeboten werden. Als Anreiz für Leistungserbringer, sich in einem solchen verbindlichen Netzwerkprozess einzubringen, sollten Alternativen zu den in allen Sektoren entstandenen Budgetbegrenzungen geschaffen werden, welche die Regelversorgung sowohl ambulant als auch stationär massiv einschränken und eine schnelle, qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Versorgung erschweren. Damit eine verbindliche integrierte Versorgung zu spürbaren Verbesserungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen führen kann, sollten auch Vergütungsanreize für die Koordination des Netzwerkes oder für das Ausüben einer Lotsenfunktion seitens der Kostenträger geschaffen werden – eine Forderung, die derzeit auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vertritt.

Von entscheidender Bedeutung für die weitere Entwicklung von innovativen Versorgungsformen wird auch die wissenschaftlich fundierte Konzeptentwicklung, Erprobung, Implementierung und vor allem Evaluation im Rahmen der Versorgungsforschung sein. Zur Überwindung der Sektorengrenzen als auch der Partialinteressen von Leistungserbringern und Kostenträgern ist der Gesetzgeber gefordert, Anreize, aber auch Verpflichtungen für eine gestufte sektorenübergreifende Versorgung zu schaffen. Nur so wird diese einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zur Sicherung des Patientenwohls leisten können.

Innovative Forschung: Für zukunftsweisende Entwicklungen in Prävention, Diagnostik und Therapie



Die Erforschung der Ursachen und Therapien psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahrzehnten durch zahlreiche technische Innovationen und umfangreiche epidemiologische Studien einen enormen Aufschwung erfahren. Daraus ergeben sich große Potenziale für die Entwicklung neuer präventiver, diagnostischer und therapeutischer Ansätze. Gleichzeitig sind viele Fragen, wie die Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung in die klinische Praxis übertragen werden können, ungelöst: Welche Maßnahmen sind notwendig, damit Innovationen noch besser und schneller bei den Patienten ankommen? Welche Instrumente der Forschungsförderung haben sich bewährt, woran mangelt es?

8

Die wichtigsten Standpunkte auf einen Blick:

- Um der Komplexität psychischer Erkrankungen gerecht zu werden, sind interdisziplinäre Teams und eine über verschiedene Standorte verteilte Kompetenz in wissenschaftlichen Verfahren notwendig. Forschungsnetzwerke sind unverzichtbar, damit die Ergebnisse auch beim Patienten, bei den Angehörigen und bei der Gesellschaft ankommen.
- Durch die zeitlich begrenzte Projektförderung werden die durch Netzwerke erarbeiteten Ergebnisse, Kompetenzen und Strukturen jedoch oftmals unterbrochen und müssen bei einer neuen Förderung erst mühsam und kostenintensiv wiederaufgebaut werden.
- Daher sind nachhaltig geförderte, vernetzte Strukturen notwendig, die eine dynamische Zusammenarbeit exzellenter Forscher aus verschiedensten Bereichen und somit auch die Erforschung psychischer Erkrankungen über die Lebensspanne ermöglichen.
- Die aktuell vom Bundesforschungsministerium angekündigte Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit könnte diese Lücke schließen und sollte als vernetztes Zentrum aus gleichberechtigten universitären und außeruniversitären Einrichtungen realisiert werden.

Forschung im Netzwerk unverzichtbar

Der Komplexität psychischer Erkrankungen kann nur durch interdisziplinäre Teams und multiprofessionelle Zusammenarbeit adäquat begegnet werden. Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist es unumgänglich, das große Potenzial einer über verschiedene Standorte verteilten, wissenschaftlichen Kompetenz zu nutzen. Gerade in den Bereichen der psychiatrischen Genetik, der Biomarker und der Bildgebung hat sich mittlerweile erwiesen, dass relevante und aussagekräftige Forschung nur in großen nationalen und internationalen Verbänden realisierbar ist (engl. „collaborative science“), wie dies paradigmatisch im Psychiatric Genomics Consortium (PGC), im Psychiatric Imaging Network Germany (PING) oder im ENIGMA-Projekt gezeigt wurde. Um in diesen Verbänden aber nicht nur Daten zu liefern, sondern auch in Hinblick auf deren Analyse und Interpretation federführend gestalten zu können, werden starke nationale Zentren gebraucht. In Deutschland haben sich erfreulicherweise international hoch kompetitive und erfolgreiche Standorte etabliert, die sich über die letzten Jahre zu erfolgreichen Netzwerken im Bereich der Therapie- und Pathogeneseforschung zusammengeschlossen haben. Beispiele hierfür sind die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetze in der Medizin, die unter anderem im Bereich von Depression und Suizidalität, Suchterkrankungen und schizophrenen Psychosen entstanden, aber auch die BMBF-Forschungsverbände zu Psychotherapie und Traumafolgen. Aus diesem Bereich hat das BMBF in den letzten Jahren das Forschungsnetz zu psychischen Erkrankungen in die Förderung genommen. Hier werden von 2015 bis 2019 35 Millionen Euro aufgewendet, um über die Grundlagenforschung und translationale klinische Forschung bessere Behandlungs- und Versorgungsstrategien psychischer Störungen zu entwickeln. Dieses aus einer kompetitiven Ausschreibung und internationalen Begutachtung hervorgegangene Forschungsnetz ist ein bundesweiter Zusammenschluss von neun Verbänden mit jeweils rund acht Partnerinstitutionen, die von sieben Standorten aus koordiniert werden. Solche Forschungsnetzwerke sind unverzichtbar, um die Translation in der Psychiatrie erfolgreich voranzubringen.

Langer Atem notwendig

Ein Problem solcher Netzwerkförderung ist jedoch die kurze Förderdauer, besonders wenn man bedenkt, dass es sich bei psychischen Erkrankungen um phasische Störungen handelt und häufig Entwicklungsverläufe zu berücksichtigen sind, die sich über Jahrzehnte erstrecken. Selbst bei mehrjähriger Förderung von Netzwer-

ken kommt das Ende der Projektförderung oftmals zu früh und es bedeutet einen wenig sachdienlichen, unverhältnismäßig hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand, die durch die Netzwerke erarbeiteten Ergebnisse, Kompetenzen und Strukturen bei einer neuen Förderung wiederaufzubauen. Der Übergang von den Kompetenznetzen hin zum Forschungsnetz für psychische Erkrankungen ist dafür ein gutes Beispiel. Um dem abzuwehren und, weil die Komplexität psychischer Erkrankungen die Fähigkeiten von einzelnen Institutionen und Projektförderungen übersteigt, ist eine nachhaltige strukturelle Förderung von psychiatrischer Präventions-, Diagnostik- und Therapieforschung notwendig. Entscheidend ist eine langfristige Perspektive, die es den beteiligten Wissenschaftlern und ihren Institutionen ermöglicht, psychische Störungen über viele Jahre zu erforschen und die notwendigen Interaktionen stetig weiterzuentwickeln. Dazu sind nachhaltig geförderte, vernetzte Strukturen notwendig, die ein dynamisches Ankoppeln exzellenter Forscher aus verschiedensten Bereichen ermöglichen und die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen von Anfang an in die Forschungsplanung einbeziehen.

Blick über die Lebensspanne

Psychische Störungen entwickeln sich vorwiegend in bestimmten Lebensabschnitten und variieren über die Lebensspanne deutlich. Auffallend viele Erkrankungen entstehen bereits in der Frühadolescenz. So weisen Ergebnisse aus der Forschung darauf hin, dass sich frühkindliche Erfahrungen, seien es solche innerhalb der Familie oder außerhalb, auf das Risiko zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung auswirken können. Hier kommt einer Weitergabe psychischer Erkrankungen innerhalb der Familie über Generationen hinweg eine besondere Bedeutung zu. Auch die Arbeits- und Lebenswelt hat wesentlichen Einfluss auf die Manifestation psychischer Erkrankungen. Im Alter und im Kontext des demographischen Wandels ist die wachsende Bedeutung der kognitiven und emotionalen Einschränkungen in das zentrale Bewusstsein der Gesellschaft gedrungen. Hier ist von besonderer Relevanz, dass häufig biologisch nachweisbare Veränderungen den klinischen Symptomen vorausgehen – schon in dieser Zeit können therapeutische Ansätze ihre Wirkung entfalten. Um solche Phänomene wissenschaftlich konsistent erfassen und verstehen zu können und hieraus neue Therapie- und insbesondere auch Präventionsverfahren zu entwickeln, ist die Untersuchung von Patienten über die Lebensspanne („longitudinal“) notwendig. Solche, auch als Kohorten bezeichnete Studien können nur durch eine erhebliche finanzielle Anstrengung und ein langfristiges

Engagement realisiert werden. Deshalb ist die Kohortenforschung ein weiteres Beispiel dafür, dass eine langfristige strukturelle Förderung der Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie notwendig ist.

Auch die beste neue Therapie nützt nichts, wenn sie nicht in die Versorgung gelangt. Um die Translation zu gewährleisten und die Kosteneffektivität solcher Interventionen zu untersuchen sowie mögliche Hemmnisse und Strategien zu evaluieren, muss die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsforschung dringend gestärkt werden. Gerade im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie werden die Zugänglichkeit und Effektivität der Versorgung, aber auch die soziale Teilhabe der Betroffenen durch zusätzliche Faktoren wie Migrationserfahrungen, Minderheitenstatus und soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Selbststigmatisierung beeinträchtigt. Die Versorgungsforschung hat daher in der Psychiatrie besondere Relevanz und ihre Förderung ist ein wesentliches Anliegen der Forscher in diesem Bereich.

Therapieinnovationen durch klinische Studien

Wesentliche Impulse für die Entwicklung neuer Therapieverfahren kommen aus den Innovationen der Grundlagen-, Therapie- und Versorgungsforschung. Um diese Therapieverfahren erfolgreich in der Praxis einsetzen zu können, muss sich ihr Wert in klinischen Studien nachweisen lassen. Solche Studien sind ausgesprochen aufwendig. Bisher wurden sie im Bereich der medikamentösen Therapie größtenteils von der Industrie finanziert. Weil die Industrie jedoch weltweit zunehmend das Interesse an psychischen Erkrankungen verliert, ist dieser Forschungsbereich langfristig gefährdet. Ein noch längerer Atem ist bei der Untersuchung von (sekundär-) präventiven Ansätzen notwendig. Deshalb zählt die Therapie- und Versorgungsforschung gerade in Psychiatrie und Psychotherapie ganz wesentlich zur universitären Forschung. Hierfür braucht die akademische Gemeinschaft entsprechend Unterstützung, um die vielen innovativen Ideen in einer raschen, effektiven und sicheren Art und Weise auf ihren Nutzen für die Behandlung psychischer Störungen zu überprüfen. Eine verstärkte Förderung solcher Studien durch Drittmittelgeber der öffentlichen Hand wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und das BMBF ist daher ebenso notwendig wie die Schaffung geeigneter Strukturen für longitudinale Untersuchungen von Langzeitwirkungen entsprechender Interventionen und Versorgungsstrukturen. Gerade auch die Forschung an psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen bedarf dringend einer Erweiterung der akademischen Förderung,

da ihr komplexe und längerfristige Studien zu Grunde liegen.

Psychiatrie der Zukunft ist personenzentriert und individuell

Das höchste Innovationspotenzial geht heutzutage von personenzentrierten Ansätzen in der Therapie aus, da sie sich an den Bedarfen der Betroffenen orientieren. Es handelt sich primär um innovative Versorgungsformen wie Stationsäquivalente Behandlung (StäB), Home-Treatment, personenzentrierte Psychotherapieformen sowie technisch-methodische Innovationen, die die Forschungslandschaft revolutionieren. Dazu gehören folgende Methoden:

- neurowissenschaftlich fundierte personenzentrierte Psychotherapie
- Komputationale Modelle wesentlicher Dimensionen menschlichen Verhaltens und Lernens und seiner neurobiologischen Grundlagen
- Maschinenlernverfahren und systemmedizinische Ansätze
- Hochdurchsatzverfahren im Bereich Genetik, Epigenetik, Proteomik und Metabolomik
- dichte lebensnahe Phänotypisierung mittels Smartphones und Sensoren (engl. „ecological momentary assessment“, kurz „EMA“)
- hochauflösende bildgebende Verfahren
- Hoch- und Höchstfeld-Kernspintomographie
- Multimodales Imaging
- nichtinvasive und invasive Neurostimulation

Vielen dieser Ansätze ist gemeinsam, dass sie datengetrieben zu pathophysiologischen Modellen führen, die herkömmliche klinische Klassifikationen überschreiten können. Im Bereich der Forschung zu den neurobiologischen Grundlagen des Verhaltens besteht hier die Hoffnung, individuelle Krankheitsverläufe besser zu erfassen und pathophysiologische Subtypen von Erkrankungen zu definieren, die dann spezifischeren, effektiveren und nebenwirkungsärmeren Therapien zugänglich sind. Um jedoch dorthin zu kommen, bedarf es noch großer Anstrengungen im Sinne von tief phänotypisierten, longitudinal untersuchten, großen Patientenstichproben.

Ziele neuer Medikamentenentwicklung sind nicht nur niedermolekulare Verbindungen (engl. „small molecules“), sondern auch Antikörper oder Antisense-Oligonukleotide. Aber nicht nur pharmakologische Maßnahmen, sondern auch neurostimulatorische, psychosoziale und psychotherapeutische Verfahren können individualisiert eingesetzt werden. Therapie- und Versorgungsforschung werden zukünftig den Patienten noch stärker in den Mittelpunkt rücken und sich der Frage von Nutzen und Umsetzbarkeit individualisierter, auf seine Bedürfnisse abgestimmte Therapien widmen.

Wendepunkt der Psychiatrieforschung

Die vorangegangenen Beispiele zeigen, dass sich die Psychiatrieforschung an einem Wendepunkt befindet. Einerseits ist die Herausforderung durch psychische Störungen für Forschung und Gesellschaft so groß wie nie, andererseits ergeben sich von verschiedenen Seiten her wissenschaftliche und methodische Innovationen, die es erstmals ermöglichen, diesen Herausforderungen in ihrer Komplexität zu entsprechen. So können neue Erkenntnisse psychiatrischer und psychotherapeutischer Forschung dazu beitragen, die Lebensqualität und Teilhabe der Betroffenen in allen Altersbereichen durch personenzentrierte Therapien deutlich zu verbessern und auf diesem Wege auch das Gesundheits- und Rentensystem sowie die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit Deutschlands zu sichern. Um diese Chance zu nutzen und zu gewährleisten, dass neue Präventionsmethoden und Verfahren der Präzisionsmedizin weiterentwickelt werden können, muss in erster Linie das Potenzial des rasanten Wissenszuwachses adäquat genutzt werden. Nur durch die Bereitschaft zur nachhaltigen, strukturellen Förderung von multiprofessionellen Netzwerken kann garantiert werden, dass die Ergebnisse aus der Forschung auch beim Patienten, bei den Angehörigen und bei der Gesellschaft ankommen.

Die aktuell vom BMBF angekündigte Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit könnte diese Lücke schließen und sollte als vernetztes Zentrum aus gleichberechtigten universitären und außeruniversitären Einrichtungen realisiert werden.

Der Mensch im Vordergrund: Ausbildung und Nachwuchsgewinnung für eine leistungsfähige Psychiatrie



Eine wirksame, innovative und auf ethischen Grundsätzen beruhende Psychiatrie braucht hochqualifiziertes Personal. Vor diesem Hintergrund sind Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Nachwuchsgewinnung wichtige Voraussetzungen für eine optimale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dies erfordert eine besondere Anstrengung angesichts einer notwendigen Personalaufstockung einerseits und einer zunehmenden Zahl offener Stellen im stationären und ambulanten Bereich andererseits.

Die wichtigsten Standpunkte auf einen Blick:

- Die Grundlage einer wirksamen, evidenzbasierten und personenzentrierten Psychiatrie ist gut ausgebildetes Personal. Dabei nehmen Psychiater aufgrund ihrer breiten Aus- und Weiterbildung eine zentrale Rolle ein.
- Damit die Psychiatrie für den ärztlichen Nachwuchs attraktiv bleibt, müssen auch entsprechende Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in Kliniken und Praxen gegeben sein. Dies sollte eine für das Fach, die Selbstverwaltung und die Politik gleichermaßen prioritäre Aufgabe sein.
- Die Empfehlung des Wissenschaftsrats, bereits im Medizinstudium eine erste Schwerpunktbildung zu schaffen, sollte genutzt werden, um Medizinstudenten für Psychiatrie und Psychotherapie zu begeistern.
- Die neue Musterweiterbildungsordnung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie vermittelt breite Kompetenzen auf der Höhe des wissenschaftlichen Fortschritts. Praxistaugliche psychotherapeutische Techniken werden verstärkt vermittelt.
- Weiterbildende Kliniken und Praxen sollten in ihren Weiterbildungsaufgaben durch entsprechende Weiterbildungspauschalen unterstützt werden.

Ganzheitlicher Spezialist: Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Das Kapital einer wirksamen evidenzbasierten und personenzentrierten Psychiatrie ist gut ausgebildetes Personal, das über umfassende Kompetenzen in Diagnostik und Behandlung der ganzen Bandbreite schwererer und leichter psychischer Erkrankungen verfügt. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie haben aufbauend auf dem Medizinstudium mit seinen Grundlagendisziplinen sowie der breiten somatisch-klinischen Ausbildung umfassende biologische (v. a. pharmakologische), psychosoziale und psychotherapeutische sowie neurologische Behandlungskompetenzen während ihrer Weiterbildung erworben. Dies ermöglicht eine breite Palette von Therapiemethoden, die in der leitliniengerechten Behandlung der meisten psychischen Störungen kombiniert werden. Damit verfügen sie über optimale Voraussetzungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Behandlung entsprechend des biopsychosozialen Krankheitsmodells ganzheitlich zukommen zu lassen. Die besondere psychotherapeutische Expertise ermöglicht es dem Psychiater, seinen Patienten über die Richtlinienpsychotherapie hinaus zu behandeln und ihm ein an Krankheitsschwere und Krankheitsstadium angepasstes, an seinen individuellen Bedürfnissen und Ressourcen orientiertes Angebot zu machen. Zudem verfügt der Psychiater über die Fähigkeit, sich Menschen zuzuwenden, Vertrauen zu erwecken und mit hoher Toleranz und Akzeptanz den verschiedenen Charakteren, aber auch Lebensentwürfen zu begegnen und den einzelnen Menschen in seinen gesellschaftlichen Bezügen und Wechselwirkungen zu verstehen. Schließlich beschränkt sich das Fach nicht nur auf die Diagnostik und Behandlung von Menschen, sondern kümmert sich um Rehabilitation und soziale Wiedereingliederung von Patienten und sieht sich auch der Prävention psychischer Erkrankungen verpflichtet. In Hinblick auf die besondere, auch heute noch vorurteilsbehaftete Sicht der Gesellschaft auf Menschen mit psychischen Erkrankungen engagiert sich der Psychiater auch für eine Verbesserung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen.

Zentrales Thema im Medizinstudium

Für eine bessere Nachwuchsgewinnung sollte Psychiatrie bereits zu einem möglichst frühen Zeitpunkt im Medizinstudium gelehrt werden, wie es kürzlich auch der Deutsche Ärztetag forderte. Nicht zuletzt mit dieser Zielsetzung suchen die Fachvertreter an den medizinischen Fakultäten Kooperationen mit vorklinischen und anderen klinischen Fächern. Die nachhaltigen Veränderungen in der Ausbildung von Ärzten, wie sie die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Weiterent-

wicklung der Mediziner Ausbildung und der Masterplan Medizinstudium 2020 vorsehen, würden der Psychiatrie einen neuen, angemessenen Stellenwert innerhalb der Mediziner Ausbildung beimessen.

Der „Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin“ (NKLM) berücksichtigt in seinem Kerncurriculum systematisch psychosoziale Prinzipien. Kommunikative Kompetenzen bekommen eine größere Bedeutung und die Ausbildung orientiert sich konsequent am Patienten und seinen Bedürfnissen. Diese Zielsetzung wird von den psychiatrischen Lehrstuhlinhabern in Kooperation mit der DGPPN in den Gremien des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) unterstützt und vorangetrieben. Auch bemühen sich die Fachvertreter an den Fakultäten, unterstützt durch die DGPPN und die Berufsverbände, um die flächendeckende Einrichtung von Lehrpraxen.

Gleichzeitig darf eine Stärkung der patientenbezogenen Ausbildung nicht auf Kosten der Wissenschaftlichkeit des Medizinstudiums gehen. Deshalb wirken die psychiatrischen Lehrstuhlinhaber in den Gremien des IMPP darauf hin, eine Balance zwischen Patientenbezogenheit und Wissenschaftlichkeit zu gewährleisten und das Curriculum entsprechend anzupassen. Curriculare Lehrinhalte sollen somit die pathophysiologischen Grundlagen und die großen Fortschritte in der psychiatrischen Forschung widerspiegeln. Das DGPPN-Referat Medizindidaktik, das sich zielorientiert und konsequent für eine Verbesserung der Lehre im Sinne des NKLM einsetzt, wird sich zukünftig auch um eine dringend erforderliche Anpassung der Lehrinhalte an die Fortschritte des Faches bemühen. Eine besondere Chance liegt in der Entwicklung eines longitudinalen Wissenschaftstracks, der – wie vom Wissenschaftsrat empfohlen – von der Psychiatrie proaktiv mitgestaltet werden wird.

Die vom Wissenschaftsrat bereits für das Studium angestrebte Schwerpunktsetzung wird von der DGPPN begrüßt und veranlasst die Fachvertreter an den medizinischen Fakultäten, innovative Möglichkeiten, wie es neu geschaffene Wahlpflichtbereiche oder Modellstudiengänge darstellen, zu nutzen, um Medizinstudenten für die Psychiatrie und Psychotherapie zu begeistern. Entsprechende Anregungen werden von Fachvertretern am Medizinischen Fakultätentag und bei Treffen der Studiendekane vermittelt. Schließlich sollte die politisch gewollte und beschlossene Erhöhung von Studienplätzen in der Humanmedizin auch dem Fach Psychiatrie und Psychotherapie zugutekommen.

Weiterbildungsordnung mit starkem Profil

Die novellierte Musterweiterbildungsordnung (MWBO) trägt den wissenschaftlichen Fortschritten und der Breite des Faches, den neuen diagnostischen Möglichkeiten und Behandlungsoptionen Rechnung. Sie erlaubt den umfassenden Kompetenzerwerb in der ganzen Bandbreite der therapeutischen Möglichkeiten, von der Pharmakotherapie, über Stimulationsverfahren bis hin zur Soziotherapie und Psychotherapie. Die Weiterbildung in Psychotherapie wird zukünftig noch praxisorientierter ausgerichtet sein und mehr psychotherapeutische Kompetenzen vermitteln, die unmittelbar für den psychiatrischen Behandlungsalltag von Bedeutung sind. Auf diese Weise wird ein eigenes Psychotherapieprofil für die Psychiatrie geschaffen. Weiterhin sieht die MWBO vor, dass Grundkenntnisse in der Neurologie in einem sogenannten Austauschjahr erworben werden, sodass auch auf diesem Gebiet eine breite Kompetenzvermittlung gewährleistet wird. Die Aufgabe besteht aktuell darin, die novellierte MWBO nach Inkrafttreten in den Kliniken zu etablieren und im Alltag umzusetzen. Die DGPPN wird deshalb eine App entwickeln, welche die verpflichtende Dokumentierung der für die Facharztanerkennung zu erwerbenden Kompetenzen erleichtert. Die seit drei Jahren erfolgreich etablierte Supervisionsausbildung der DGPPN hat sich bereits zu einem wichtigen Eckpfeiler entwickelt, der die Umsetzung der MWBO auf qualitativ hohem Niveau sichert und im Sinne einer Zertifizierung bei den Regierungspräsidien der Länder weiter auszubauen wäre. Zudem zertifiziert die DGPPN auf Antrag Kliniken als Weiterbildungszentren, um die Qualität der Facharztweiterbildung in den Kliniken nach aktuellen Standards zu gewährleisten.

Eine qualifizierte Weiterbildung erfordert gerade in einem Fach, in dem die Befunderhebung ein umfassendes, hochprofessionell geführtes Patientengespräch voraussetzt, eine kontinuierliche supervisorische Begleitung der Weiterbildungsassistenten durch Vorgesetzte und Zeit zum vertiefenden Selbststudium. Dafür ist eine solide finanzielle Ausstattung notwendig. Entsprechende Weiterbildungspauschalen könnten weiterbildende Kliniken und Praxen in ihren Aufgaben unterstützen. Eine Gleichstellung von Weiterbildungsassistenten und Fachärzten im Stellenplan ist in Hinblick auf die Personalvergütung deshalb kritisch zu betrachten. Schließlich muss die Weiterbildung auch auf die ambulante Tätigkeit vorbereiten. Dringender Bedarf besteht daher an sogenannten Weiterbildungsambulanzen für den psychotherapeutischen Kompetenzerwerb, zumindest an den weiterbildungsermächtigten Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Die gesetzlichen

Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, um die ärztlich-psychotherapeutische Weiterbildung im ambulanten Versorgungsbereich zu finanzieren.

Fortbildung als lebenslange Aufgabe

Lebenslanges Lernen und Fortbildung gehören zum Arztberuf, denn nur auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Standards ist ärztliche Souveränität und Eignung möglich. Der jährliche DGPPN Kongress hat sich im Laufe der Jahre als zentrale Fortbildungsveranstaltung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie etabliert. Über 9000 Teilnehmer aus Psychiatrie und Psychotherapie nehmen daran teil. Hier wird von der DGPPN-Akademie ein Erfahrungsaustausch unter Experten und der Erwerb von Kompetenzen aus den Bereichen Psychotherapie, Psychopharmakotherapie, biologischen Verfahren und psychosozialen Interventionen über industrieunabhängige Fortbildungsformate angeboten. Die regelmäßigen DGPPN-Hauptstadtsymposien zu aktuellen Themen der Psychiatrie und Psychotherapie werden ebenfalls bundesweit wahrgenommen und bieten den Teilnehmern ihrerseits höchstes Fortbildungsniveau. Auch der mit der DGPPN-Mitgliedschaft automatisch verbundene, kostenlose Erhalt der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ erfüllt diesen Fortbildungsanspruch.

Zudem fördert die DGPPN die Qualifizierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe und damit die multiprofessionelle Zusammenarbeit über regelmäßige Fortbildungsangebote bei ihrem Jahreskongress. Zu diesem Zweck wurde gemeinsam mit Vertretern aus Pflege und Fachtherapien ein entsprechendes Referat gegründet. So haben die Berufsverbände ein Konzept der Zusatzqualifikation von Medizinischen Fachangestellten für die vertragsärztliche psychiatrische (und neurologische) Versorgung entwickelt, welches von der Landesärztekammer Westfalen-Lippe bereits akkreditiert und deren Akkreditierung bei weiteren Ärztekammern beantragt wurde.

Mehr Attraktivität für das Fach

Der Beruf des Psychiaters ist aufgrund der Vielfalt der Perspektiven aus Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaften ausgesprochen vielseitig und faszinierend. Auch die Fortschritte in den Neurowissenschaften, die Weiterentwicklung der Psychopathologie sowie die zentrale Rolle der Arzt-Patienten-Beziehung trägt zur Attraktivität des Faches bei. Die große Chance der Gegenwart liegt in der Verbindung unterschiedlicher, komplementärer Betrachtungsweisen, die der Komplexität

des Menschen gerecht werden. Entsprechend hat die DGPPN bereits innovative, zeitgerechte Werbemaßnahmen zur Nachwuchsgewinnung initiiert (www.generation-psy.de). Diese Aktionen sollen fortgesetzt und ausgebaut werden, um die Attraktivität des Fachgebietes zu vergrößern. Darüber hinaus sind die oben dargestellten Bemühungen in der Ausbildung das wichtigste Handlungsfeld für die Nachwuchsgewinnung. Ein besonderer Fokus der DGPPN wird auf der Forensischen Psychiatrie liegen, wo sich der Nachwuchsmangel dramatisch darstellt.

Um mehr Nachwuchs für eine Niederlassung zu gewinnen, muss eine Verbesserung der finanziellen Situation der Vertragsärzte herbeigeführt werden. Im nächsten Schritt sollte das Berufsbild des Psychiaters auch in Abgrenzung zu Nachbardisziplinen klarer geschärft und die Tätigkeit selbst, insbesondere im vertragsärztlichen Bereich nicht nur finanziell, sondern auch durch entsprechende Rahmenbedingungen attraktiver gestaltet werden. So müssen der Dokumentationsaufwand reduziert und die zeitlichen Möglichkeiten geschaffen werden, über kurze Gesprächsleistungen hinaus Patienten psychotherapeutisch zu behandeln. Hier sind die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung angesprochen, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Beruf des Psychiaters und Psychotherapeuten weiter an Attraktivität auch im ambulanten Bereich gewinnt. Nur so kann zukünftigen Versorgungsdefiziten langfristig entgegenwirkt werden.

Qualität ist der Maßstab: Wege zu einer medizinisch, ethisch und rechtlich exzellenten Psychiatrie



Zentrale Ziele der psychiatrischen Versorgung sind die qualitativ hochwertige Prävention, Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen. Dabei geht es im Kern um die Qualität der medizinischen Versorgung, die den zahlreichen Besonderheiten von psychischen Erkrankungen gerecht werden und in definierte ethische und rechtliche Standards eingebettet sein muss. Diese zu gewährleisten, ist Aufgabe von qualitätssichernden Instrumenten, welche sich auf die Struktur der Versorgung, die Merkmale der Diagnostik- und Behandlungsprozesse und natürlich auch deren Ergebnis beziehen. Dabei sind die personellen Ressourcen von zentraler Bedeutung. Denn erst ausreichende Zeit, die hochqualifizierte Ärzte, Therapeuten und Pflegende dem Patienten widmen können, macht die Umsetzung der aufwendigen modernen Therapiekonzepte möglich.

Die wichtigsten Standpunkte auf einen Blick:

- Insbesondere in zwei Bereichen sind Lösungen gefragt, die darüber mitentscheiden werden, ob die Psychiatrie auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung leisten kann: die Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken und die Umsetzung hoher ethischer Standards in der Versorgung.
- Die Qualität psychiatrischer Versorgung – insbesondere auch hinsichtlich der Umsetzung ethischer Standards – hängt maßgeblich von einer guten Personalausstattung und ausreichend Zeit für Patientengespräche ab. Deshalb ist es unabdingbar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) rechtzeitig eine Richtlinie für ein Personalbemessungssystem vorlegt, welches verbindlich angewendet und vollständig refinanziert wird.
- Um den Prozess zu unterstützen, wird die DGPPN in Kürze zusammen mit einer Vielzahl von Verbänden einen grundsätzlichen Vorschlag für ein umfassendes, bedarfsorientiertes und leitliniengerechtes Personalbemessungssystem vorlegen.
- Leitlinien sind maßgebliche Wissensgrundlage unseres Gesundheitssystems. Zukünftig wird die Leitlinienerstellung nicht mehr allein aus Mitteln der Fachgesellschaften möglich sein, sondern einer nachhaltigen, unabhängigen öffentlichen Förderung bedürfen.

Qualitätsmerkmale in der Psychiatrie

„Qualität“ ist zu einem Kernbegriff der Diskussion im Gesundheitswesen geworden. Während völlig unumstritten ist, dass eine hochwertige medizinische Versorgung auf Basis wissenschaftlicher und evidenzbasierter Standards zu erfolgen hat, werden die Definition, Messung und Kontrolle dieser „Güte“, also die Qualitätssicherung, sehr kontrovers diskutiert. Gerade im Bereich der Psychiatrie müssen zahlreiche Besonderheiten berücksichtigt werden. Grundsätzlich können dabei struktur-, prozess- und ergebnisorientierte Qualitätsmerkmale unterschieden werden.

Auf den ersten Blick erscheint es recht einfach, Zielvariablen für das Ergebnis einer Behandlung festzulegen: Man denkt dabei als Erstes natürlich an die vollständige Genesung oder zumindest weitgehende Linderung der Beschwerden eines Patienten. Bei Erkrankungen mit einem direkten Zusammenhang von Symptomen und funktioneller Beeinträchtigung, zum Beispiel bei einer schmerzhaften Einschränkung der Gehfähigkeit durch eine Hüftgelenksarthrose, liegt das therapeutische Ziel der Behandlung auf der Hand: Es ist die Beseitigung der Schmerzen und die Wiederherstellung der Beweglichkeit z.B. durch einen operativen Hüftgelenkersatz. Im Gegensatz dazu sind psychische Erkrankungen in aller Regel durch eine Vielzahl von Symptomen charakterisiert, die in ihrer Ausprägung über die Zeit hinweg stark fluktuieren und deren tatsächlicher Einfluss auf das Befinden des Patienten und sein Funktionsniveau auch von psychosozialen Faktoren und zusätzlichen körperlichen Erkrankungen in ganz erheblichem Ausmaß moduliert wird. Deshalb sind symptom-basierte Indikatoren für die Qualität einer psychiatrischen Behandlung in Hinblick auf ihren Erfolg nicht ausreichend aussagekräftig und nützlich. Hilfreicher sind funktionsorientierte Indikatoren, die sich zum Beispiel am Recovery-Konzept orientieren.

Behandlungsprozesse sind bei Menschen mit psychischen Erkrankungen dadurch gekennzeichnet, dass sie sich häufig über Monate und nicht selten über Jahre erstrecken. Der Behandlungsbedarf kann qualitativ und quantitativ in diesem Zeitraum stark variieren und der Patient im Verlauf unterschiedlich intensive und umfangreiche Unterstützung in psychiatrisch-psychotherapeutischer oder auch somatischer und psychosozialer Hinsicht benötigen. Es handelt sich sehr häufig um eine langfristige, hochindividuell zu gestaltende Komplexbehandlung, die in unterschiedlichen Settings (ambulant, aufsuchend, teilstationär und stationär) von einer Vielzahl unterschiedlicher Professionen mit unterschiedlichen Methoden (z.B. pharmakologisch, psychothera-

peutisch, psychosozial) gestaltet werden muss. Nicht nur der Patient, sondern sein gesamtes soziales Umfeld sind dabei in umfassender Weise miteinzubeziehen. Entsprechend aufwendig sind Planung und Durchführung der Behandlung, die sich in vielen Fällen weniger an der konkreten medizinischen Diagnose als am konkreten individuellen Behandlungsbedarf orientiert. Bei bestimmten Erkrankungen und Beeinträchtigungen sind konkrete Standards für individuelle Therapien und optimale Behandlungskonstellationen anwendbar. Bei der überwiegenden Anzahl schwer und akut kranker Menschen, die z.B. unter Suizidalität, psychotischen Symptomen oder polyvalenten Abhängigkeiten leiden, lassen sich standardisierte Therapiepläne aber nicht nutzen, hier ist nur eine bedarfsgerechte flexible Therapieplanung erfolgsversprechend.

Die Strukturqualität psychiatrischer Versorgung hängt maßgeblich von den vorliegenden personellen Ressourcen ab: Gute Psychiatrie steht und fällt mit gut ausgebildeten Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften. Dabei geht es nicht nur darum, durch Fort- und Weiterbildung ein individuell hohes professionelles Niveau zu schaffen und dann zu erhalten, sondern auch um die intensive strukturelle Förderung inter- und multiprofessioneller und sektorenübergreifender Zusammenarbeit. Gerade für schwer und chronisch kranke Menschen müssen die Strukturen so beschaffen sein, dass Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren und zwischen den beteiligten Berufsgruppen minimiert werden.

Durch die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland und einschlägige Urteile der höchsten Gerichte sind darüber hinaus die Ansprüche an Autonomie und Teilhabe der Patienten stetig gestiegen. Die Einhaltung dieser ethischen und rechtlichen Standards wie z.B. die Wiederherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit, unterstützende gemeinsame Entscheidungsfindung sowie die Verhinderung von Zwangsmaßnahmen setzt selbstredend bestimmte räumliche und personelle Bedingungen voraus.

Leitlinien als Grundlage für eine qualitätsgesicherte Versorgung

Die DGPPN hat in den letzten Jahren in allen struktur-, prozess- und ergebnisorientierten Qualitätsdimensionen positive Entwicklungen angestoßen und unterstützt. So hat die DGPPN federführend eine Vielzahl von Leitlinien erarbeitet. Neben typischen Behandlungsleitlinien für bestimmte Erkrankungen (z.B. NVL Depression, S3-Leitlinie Demenz, S3-Leitlinie Schizophrenie) zählen hierzu auch Leitlinien, die diagnoseübergreifend

evidenzbasierte Empfehlungen zu bestimmten Aspekten im Rahmen der Behandlung darstellen. Zu nennen sind hier beispielhaft die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ und die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Gerade diese sind von eminenter Bedeutung für die grundlegende Verbesserung der Behandlungsprozesse in der Psychiatrie, die nur zum Teil durch die Diagnose vorgegeben und ganz erhebliche transdiagnostische und sektorenübergreifende Elemente beinhalten müssen.

Leitlinien dienen als maßgebliche Wissensgrundlage unseres Gesundheitssystems und sind unverzichtbar für eine evidenz- und bedarfsorientierte Versorgung, medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für die Qualitätssicherung. Doch bislang stemmen die Fachgesellschaften die Finanzierung der methodisch aufwendigen und kostenintensiven Leitlinienarbeit allein. Mit den steigenden Ansprüchen an die methodische Qualität und der wachsenden Anzahl abzudeckender Diagnosen hat auch der finanzielle und personelle Aufwand der Fachgesellschaften enorm zugenommen. Zukünftig werden die Erstellung und Aktualisierung sowie Digitalisierung hochwertiger interdisziplinärer, evidenzbasierter Leitlinien nicht mehr allein aus Mitteln der Fachgesellschaften möglich sein. Hier ist die Politik gefordert, eine nachhaltige, unabhängige Finanzierung zu gewährleisten.

Menschenrechte und Teilhabe

Ein wesentliches Arbeitsfeld der DGPPN im Bereich der Struktur- und Prozessqualität sind die ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Insbesondere der Umstand, dass schwere psychische Erkrankungen die Selbstbestimmungsfähigkeit beeinträchtigen können, führt immer wieder zu einem ethischen Dilemma: Einerseits sind Autonomie und Selbstbestimmungsrecht der Patienten unbedingt zu achten, andererseits haben auch Patienten, die sich nicht aktiv für eine Behandlung entscheiden können, das Recht, behandelt zu werden. Deshalb ist es eine zentrale Aufgabe, den Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung so weitgehend wie möglich in Richtung einer eigenen, selbstbestimmten Entscheidung zu unterstützen. Gelingt dies aber nicht, dann müssen sich substitutive Entscheidungsprozesse so nahe wie möglich am mutmaßlichen Willen des Patienten orientieren, was zum Beispiel durch den Einsatz von Vorausverfügungen (Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen) erleichtert werden kann.

Wenn ein Patient krankheitsbedingt einer Behandlung widerspricht, obwohl diese medizinisch sinnvoll ist und seinem mutmaßlichen Willen entspricht, entsteht ein ethisches Dilemma, das eine ersetzende Entscheidung nötig machen kann. In solchen Situationen kann als ultima ratio eine Zwangsbehandlung geboten sein, genauso, wie es in bestimmten Situationen angebracht ist, einer krankheitsbedingten Gefährdung des Patienten oder Dritter durch eine Unterbringung und/oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu begegnen.

Den ethischen Fragen im Bereich der Patientenautonomie stehen umfängliche gesetzliche Regelungen der Betreuung, der Freiheitsentziehung und Zwangsbehandlung gegenüber, die sich in den letzten Jahren erheblich verändert haben. Nicht zuletzt die DGPPN hat sich an diesen Prozessen umfänglich gestaltend beteiligt und darauf gedrungen, dass die rechtlichen Regelungen eine autonomiefokussierte Behandlung fördern. Hier hat die Fachgesellschaft vor allem die Etablierung und Implementierung autonomiestärkender ethischer Standards verfolgt und sich nach außen sehr aktiv in die politische Diskussion um die rechtliche Neuordnung des Betreuungs- und Unterbringungsrechts sowie der Unterbringung psychisch kranker Straftäter im Maßregelvollzug eingesetzt. So wurden in der oben erwähnten S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang umfangreiche evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen zur Prävention von aggressivem Verhalten in der Psychiatrie zusammengetragen, um den Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen zu minimieren. Des Weiteren berät die DGPPN regelmäßig Bundes- und Landesgesetzgeber sowie die höchsten Gerichte über Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen – insbesondere bei der Novellierung der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Länder. Zudem führt die Fachgesellschaft wissenschaftliche Projekte durch, welche beispielsweise die Einführung eines bundesweiten anonymen Registers zur Erfassung von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen vorbereiten oder die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland unterstützen sollen. Ferner wird der Austausch von Wissen und Erfahrungen nationaler und internationaler Experten gefördert.

Die Politik kann diesen Prozess unterstützen, indem sie ein anonymisiertes zentrales Register für Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in Medizin und Pflege schafft, das es erlaubt, hemmende und förderliche Faktoren zu identifizieren und durch geeignete Rahmenbedingungen den Einsatz von Unterbringungen, Sicherungsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen weiter zu reduzieren. Darüber hinaus sollte ein Dialogprozess auf Bund-Länder-Ebene unter trialogischer Einbezie-

hung von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen angestoßen werden, um die Landespsychatriegesetze insbesondere dort zu vereinheitlichen, wo sie die Menschen- und Grundrechte der Patienten betreffen. Schließlich sollten das Betreuungsrecht sowie der Maßregelvollzug reformiert werden.

Zeit und Personal

Ein zentraler Aspekt der Strukturqualität gerade in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine qualitativ und quantitativ ausreichende personelle Ausstattung. Quantitative Aspekte der personellen Strukturqualität sind aus verschiedenen Gründen essentiell für eine qualitativ hochwertige Psychiatrie. Hier ist das persönliche Gespräch nicht nur ein wichtiges Mittel, das vorbereitend oder begleitend für diagnostische und mechanisch-apparative therapeutische Maßnahmen bedeutsam ist, sondern das Gespräch ist selbst eines der ganz entscheidenden diagnostischen Mittel und therapeutischen Wirkstoffe. Dabei ist Zeit die entscheidende Ressource – nicht nur für den Arzt, sondern für alle diagnostisch-therapeutisch Tätigen. Zeit ist, anders als technische Ressourcen und Geräte, nicht beliebig vermehrbar und in nur sehr begrenzten Umfang der Rationalisierung zugänglich. Es ist deshalb so bedeutsam, dass angesichts der immer weiter zunehmenden Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen genügend psychiatrisch-psychotherapeutisches Personal in den ambulanten Praxen und den psychiatrischen Kliniken vorhanden ist.

Seit 2009 ist klar, dass die aktuell gültige Personalverordnung für psychiatrische Kliniken (PsychPV) aus dem Jahre 1990 dringend reformiert werden muss. Diese Reform war in die Reform des Vergütungssystems eingebettet. Zusammen mit vielen anderen Stakeholdern hat die DGPPN im Jahr 2016 erreicht, dass der Gesetzgeber im PsychVVG den G-BA beauftragt hat, eine verbindliche Mindestpersonalanforderung festzulegen. Obwohl die Richtlinie bis Ende 2019 vorliegen muss, ist derzeit nicht einmal ein grundlegendes Prinzip dafür zwischen den Verhandlungspartnern vereinbart. Um den Prozess zu unterstützen, wird die DGPPN in Kürze zusammen mit einer Vielzahl von Verbänden einen grundsätzlichen Vorschlag für ein umfassendes, bedarfsorientiertes und leitliniengerechtes Personalbemessungssystem vorlegen. Die Politik kann diesen Prozess fördern, indem sie durch maßgebliche Vorgaben gewährleistet, dass die G-BA-Richtlinie rechtzeitig vorliegt, verbindlich angewendet und vollständig refinanziert wird.

Wer wir sind

Die DGPPN ist die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für Fragen der psychischen Erkrankungen in Deutschland. Sie bündelt die Kompetenz von 9000 Ärzten und Wissenschaftlern für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, die in Universitätskliniken, Krankenhäusern und ambulanten Praxen sowie in der Forschung arbeiten. Die Fachgesellschaft macht sich für eine optimale Versorgung der Patienten mit psychischen Erkrankungen stark. Sie entwickelt wissenschaftliche Leitlinien, fördert die Aus-, Fort- und Weiterbildung und engagiert sich in der Erforschung psychischer Erkrankungen zur Weiterentwicklung von Diagnostik und Therapie. Im Zentrum steht dabei die ganzheitliche Sicht auf den Menschen mit allen individuellen psychischen, körperlichen und sozialen Aspekten. Die DGPPN setzt sich aktiv für die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen und gegen deren Stigmatisierung ein.

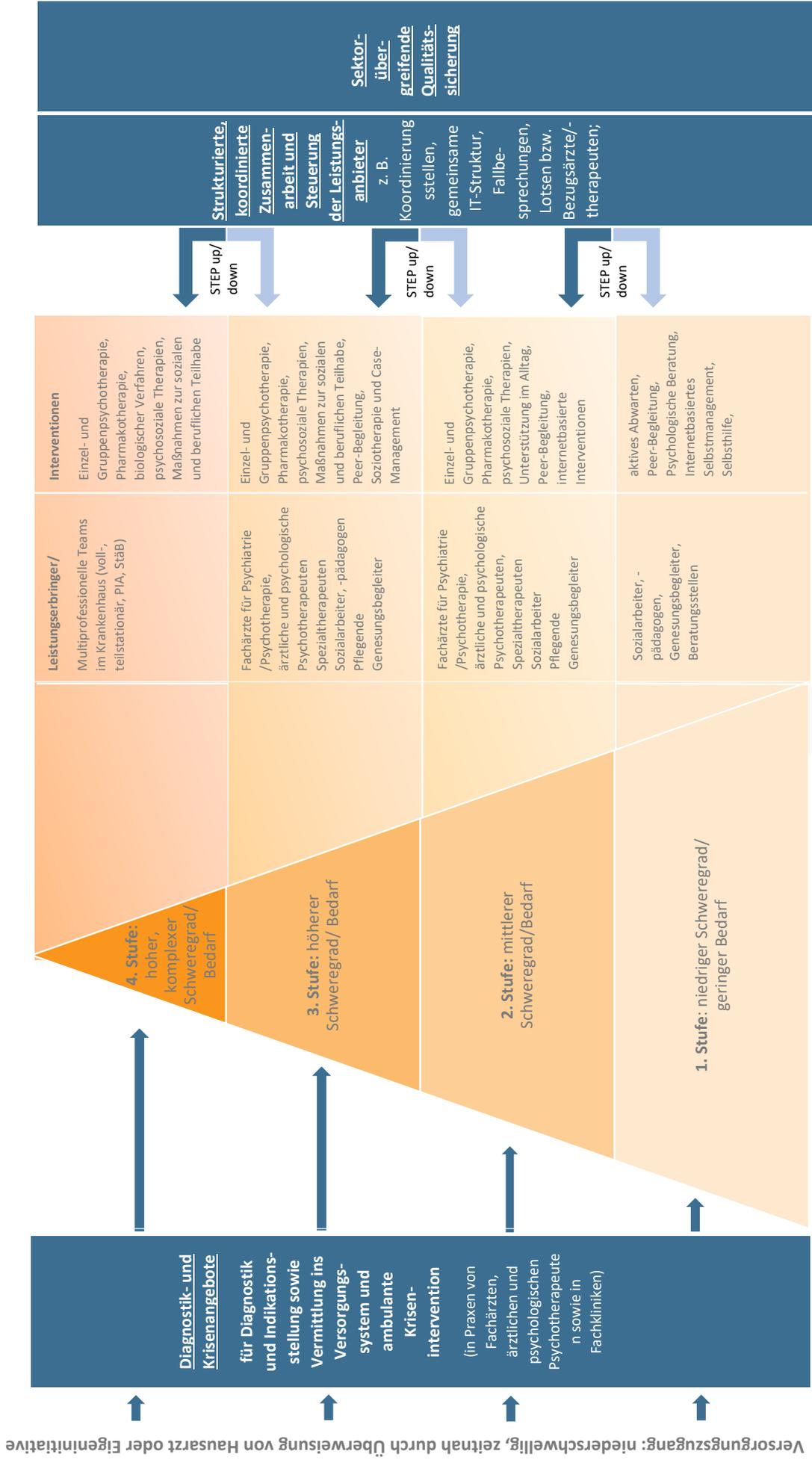
DGPPN

Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

Geschäftsstelle DGPPN
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0
FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

DGPPN-Modell für eine gestufte und koordinierte Versorgung



In Anlehnung an das RECOVER-Therapiemodell, Hamburg: www.recover-hamburg.de/recover-modell