

BPtK-Studie

Der Innovationsfonds und die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

06.10.2020

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung: Innovationsfonds und psychotherapeutische Versorgung	3
1.1	Psychotherapeutische Versorgung gezielter weiterentwickeln	3
1.2	Hürden in der psychotherapeutischen Versorgung abbauen	4
1.3	Digitalisierung für psychisch kranke Menschen nutzen	5
1.4	Struktur- und Prozessqualität darlegen	5
2	Zunehmende Bedeutung des Innovationsfonds	7
3	Ergebnisse	8
3.1	Psychotherapeutische Versorgung im Innovationsfonds	8
3.1.1	Hintergrund: Zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen für die GKV	8
3.1.2	Psychische Erkrankungen als ein Schwerpunkt bei Förderbekanntmachungen	9
3.1.3	Große Anzahl an Projekten zu psychischen Erkrankungen und Belastungen	9
3.1.4	Angst und Depression besonders häufig untersucht	10
3.1.5	Kinder und Jugendliche im Fokus	10
3.1.6	Kaum Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Schwangere	12
3.1.7	Ältere und Pflegebedürftige unzureichend psychotherapeutisch versorgt	13
3.1.8	Kaum psychotherapeutische Versorgung in ländlichen Regionen	15
3.1.9	Große Heterogenität bei der psychosozialen Versorgung somatischer Erkrankungen	16
3.1.10	Identifizierte Trends	18
3.1.11	Versorgungslücken bei psychischen Belastungen und Erkrankungen weiter adressieren	19
3.2	Informationen zu Struktur- und Prozessqualität	19
3.2.1	Qualifikationsniveau der Behandelnden	19
3.2.2	Angaben zur psychotherapeutischen Versorgung	21
3.2.3	Identifizierte Trends	22
3.2.4	Angemessene Struktur- und Prozessqualität bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherstellen	22
3.3	Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung	23
3.3.1	Zugang zur Psychotherapie erschwert	23
3.3.2	Identifizierte Trends	24
3.3.3	Keine Hürden zur psychotherapeutischen Versorgung aufbauen	25
3.4	Digitalisierung	26
3.4.1	Einsatz digitaler Anwendungen als Komponente der Behandlung	26
3.4.2	Einsatz digitaler Anwendung zur Behandlungscoordination	28
3.4.3	Identifizierte Trends	29
3.4.4	Digitalisierung nutzen, ohne Patient*innen zu gefährden	30
4	Methodik	31
4.1	Datengrundlage	31
4.2	Klassifizierung der Förderprojekte	32
4.3	Weiterführende Auswertung der Projekte	33
5	Anhang	34

1 Zusammenfassung: Innovationsfonds und psychotherapeutische Versorgung

Seit seiner Einrichtung im Jahre 2016 entwickelte sich der Innovationsfonds zum zentralen Treiber für Innovationen im Gesundheitswesen. Dies verstärkte sich nochmals, als mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz beschlossen wurde, dass grundsätzlich geprüft werden soll, ob erfolgreiche Projekte im Bereich neue Versorgungsformen in die Regelversorgung übernommen werden können. So soll eine gezielte, wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung der Versorgung gefördert werden.

Umso entscheidender ist allerdings, dass der Innovationsfonds Projekte fördert, die tatsächlich das Potenzial haben, die Versorgung zu verbessern. Projekte, die für Patient*innen zusätzliche Hürden aufbauen und etablierte Standards der Prozess- und Strukturqualität nicht sicherstellen, tragen mit Sicherheit nicht zur Verbesserung der Regelversorgung bei. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat deshalb die Innovationsfonds-Projekte untersucht, mit denen die Versorgung von Menschen mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen durch neue Versorgungsformen gefördert wird.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, welche Trends und Schwerpunkte der Innovationsfonds bei der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung setzt. Dabei lassen sich zwei Defizite erkennen: Zum einen fördert der Innovationsfonds neben qualitativ hochwertigen Projekten auch Projekte, die keine ausreichende Qualität in der Versorgung psychisch belasteter und kranker Menschen sicherstellen. Zum anderen fehlen wichtige Schwerpunkte, bei denen eine innovative Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung notwendig wäre.

1.1 Psychotherapeutische Versorgung gezielter weiterentwickeln

Positiv ist, dass eine Vielzahl der Innovationsfonds-Projekte die Versorgung psychischer Erkrankungen verbessern soll. Auch die psychosoziale Versorgung von Menschen mit somatischen Erkrankungen wird in vielen Projekten aufgegriffen. Damit wird der steigenden Bedeutung psychischer Erkrankungen in der künftigen Gesundheitsversorgung und damit auch der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Rechnung getragen.

Die geförderten Projekte sind allerdings sehr heterogen. Zum einen fördert der Innovationsfonds für Kinder und Jugendliche Projekte zur Versorgung und Prävention psychischer Erkrankungen, die das Potenzial für eine positive Weiterentwicklung haben. Die psychotherapeutische Versorgung von Menschen, die in ländlichen Regionen leben, wird dagegen zu wenig oder in ausgesprochen problematischer Art und Weise gefördert. Aufgrund der Entwicklung der Altersstruktur im ländlichen Raum müssten diese Projekte insbesondere für ältere Menschen konzipiert werden. Eine andere konzeptionelle Schwäche zeigt sich auch bei Projekten, die sich gezielt an Schwangere oder ältere und pflegebedürftige Men-

schen richten. Obwohl diese Patient*innen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen haben, wird in geförderten Projekten kaum ein systematischer Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglicht oder nach Wegen gesucht Barrieren abzubauen.

Damit solche Versorgungslücken langfristig behoben werden können, sollten diese künftig durch spezifischere Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses aufgegriffen werden. Projekte für eine Verbesserung der Prozessqualität und des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere für die Versorgung älterer Menschen und Schwangerer, sind möglichst schnell auf den Weg zu bringen. Bisher fehlen zudem neue Versorgungsformen, die zur systematischen Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung im ländlichen Raum beitragen, insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie ältere Patient*innen, die aufgrund einer verringerten Mobilität weit entfernte ambulante Behandlungsangebote kaum nutzen können.

1.2 Hürden in der psychotherapeutischen Versorgung ab- bauen

Die Hälfte der Projekte, die explizit die psychotherapeutische Versorgung verbessern sollen, verfolgt gestufte Versorgungsansätze. Dabei soll Psychotherapie meist als eine der letzten Behandlungsoptionen oder erst bei einem besonderen Schweregrad der psychischen Erkrankung zum Einsatz kommen. Es fehlt dadurch der direkte Zugang zur Psychotherapeut*in, der seit dem Psychotherapeutengesetz die jahrzehntelange Unterversorgung psychisch kranker Menschen wesentlich verbessert hat. Dieser Fortschritt sollte nicht durch neue Hürden in der Versorgung psychisch kranker Menschen gefährdet werden.

Gestufte Versorgung darf den direkten Zugang zur Psychotherapeut*in als entscheidenden Erfolgsfaktor für eine funktionierende Versorgung psychisch kranker Menschen nicht ausschließen. Insbesondere sollten Psychotherapeut*innen auch bei einer gestuften Versorgung mitberaten und mitentscheiden, welche Behandlung für eine Patient*in angemessen ist. Ihre Qualifikation ist nicht ersetzbar. Ketten von Behandelnden führen jedoch zu einem Hürdenlauf, bei dem psychisch kranke Menschen ihre Beschwerden immer wieder darstellen müssen. Psychisch kranke Menschen sind damit oft überfordert. Gestufte Versorgung darf psychisch kranke Menschen nicht überfordern und damit erneut Unterversorgung fördern. Es besteht außerdem die Gefahr, dass Patient*innen zunächst für sie unpassende Interventionen durchführen müssen, bevor ihnen das Gespräch mit einer Psychotherapeut*in ermöglicht wird. Das entspricht nicht dem Ziel des Gesetzgebers, gerade für psychisch kranke Menschen Hürden in der Versorgung abzubauen.

Bei der Auswahl der Projekte sollte daher sichergestellt werden, dass der Direktzugang zur psychotherapeutischen Versorgung nicht eingeschränkt wird. Psychisch kranke Menschen brauchen eine verlässliche Ansprechpartner*in, die ihre Versorgung koordiniert. Ein Hürdenlauf, bei dem regelhaft Leistungserbringer*innen wechseln, damit Erstgespräche zur Diagnostik und Indikationsstellung durchgeführt werden können, wirkt abschreckend und führt dazu, dass Beratung und Behandlung gar nicht oder zu spät gesucht werden. Berücksichtigt werden muss, dass es für psychisch kranke Menschen oft eine enorme, hoch

schambesetzte seelische Belastung darstellen kann, mehrfach gegenüber verschiedenen Behandelnden ihre Beschwerden darzustellen.

1.3 Digitalisierung für psychisch kranke Menschen nutzen

Insgesamt zeichnen sich die Innovationsfonds-Projekte für psychisch kranke Menschen durch ein hohes Maß an Digitalisierung aus. Dabei sind die Ziele sehr heterogen. Neben digitalen Anwendungen, mit denen psychotherapeutische Behandlungen intensiviert oder unterstützt werden sollen, führt eine Reihe an Projekten auch dazu, dass digitale Anwendungen den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erschweren oder ersetzen. Dies wird mehrfach damit begründet, Versorgungsengpässe in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu überbrücken. Versorgungsengpässe sollten jedoch nicht dadurch gelöst werden, dass psychotherapeutische Behandlungsstandards untergraben werden. Dazu gehört, dass insbesondere Diagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung im unmittelbaren persönlichen Kontakt erfolgen müssen. Projekte mit teilweise automatisierten Onlineinterventionen sind keine qualifizierten Lösungen und gefährden Patient*innen insbesondere in psychischen Krisen. Deshalb müssen auch bei Innovationsfonds-Projekten die bestehenden Standards der Struktur- und Prozessqualität der Regelversorgung sichergestellt werden, was für den ländlichen Raum bedeutet, dass Digitalisierung ohne regionale Verankerung in einer ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung kein adäquater Ansatz ist. Damit wird gleichzeitig verhindert, dass digitale Anwendungen als bloßes Instrument der Kostendämpfung diskreditiert werden.

1.4 Struktur- und Prozessqualität darlegen

Ein Schlüsselproblem vieler Innovationsfonds-Projekte ist, dass sie oft keine ausreichenden Informationen zur Struktur- und Prozessqualität bereitstellen. Dabei ist unbedingt sicherzustellen, dass bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen als berufliche Qualifikation der Standard einer approbierten Psychotherapeut*in oder Ärzt*in gewährleistet wird. Psycholog*innen, die in vielen Projektbeschreibungen genannt werden, sind nicht ausreichend für die Versorgung qualifiziert. Bei Innovationsfonds-Projekten sollte es deshalb verpflichtend sein, bestehende Standards der Struktur- und Prozessqualität sicherzustellen.

Auch entsteht der Eindruck, dass der psychotherapeutische Behandlungsbedarf häufig nicht systematisch abgeklärt wird – auch dann nicht, wenn die Schwere der thematisierten psychischen Belastungen eine systematische Diagnostik und Behandlung durch entsprechend qualifizierte Behandelnde zwingend erfordert. Eine solche Verletzung der Strukturqualität gefährdet jedoch psychisch kranke Patient*innen. Deshalb muss sichergestellt sein, dass Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung ausschließlich durch qualifizierte Leistungserbringer*innen erfolgen.

Projektskizzen, die durch den Innovationsausschuss zu begutachten sind, müssen ausreichend ihre Struktur- und Prozessqualität darlegen und sicherstellen. Innovationsfonds-

Projekte sollten nicht mit der Gesundheit der Patient*innen experimentieren. Auch Patient*innen, denen eine Versorgung durch ein Innovationsfonds-Projekt angeboten wird, sollten wissen, worauf sie sich einlassen. Falls die Qualitätsstandards der Regelversorgung nicht eingehalten werden, müssen Patient*innen darüber aufgeklärt werden.

Klare Vorgaben durch den Innovationsausschuss, wie zum Beispiel Angaben zum Qualifikationsniveau der beteiligten Berufsgruppen zu gestalten sind, können hier wesentlich zur Transparenz beitragen. Schon anhand der Projektabstracts sollte klar identifizierbar sein, wie und durch wen Diagnostik und Indikationsstellung erfolgen, wer die Behandlung koordiniert und überwacht und inwiefern die Versorgungsform von aktuellen Leitlinienempfehlungen abweicht.

2 Zunehmende Bedeutung des Innovationsfonds

Seit der Einrichtung des Innovationsfonds im Jahre 2016 nimmt seine Bedeutung als zentraler Treiber für Innovationen im Gesundheitswesen zu. Insbesondere, wenn Krankenkassen sich für innovative, sektorübergreifende Versorgungsformen oder auch patientennahe Versorgungsforschung engagieren wollen, scheinen sie sich auf Projekte beim Innovationsfonds zu konzentrieren, den sie anteilig finanzieren. Seit mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz beschlossen wurde, dass nach Abschluss von Innovationsfondsprojekten aus dem Bereich neue Versorgungsformen eine Empfehlung für deren Überführung in die Regelversorgung erarbeitet werden soll, hat der Innovationsfonds darüber hinaus an Bedeutung für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems gewonnen. Wird festgestellt, dass die Umsetzung in die Regelversorgung erfolgen sollte und dies in den Aufgabenbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) fällt, ist dieser an eine Frist von lediglich einem Jahr für die Umsetzung gebunden.

Hinzu kommt, dass der Gesetzentwurf für das Versorgungsverbesserungsgesetz den Vorschlag enthält, dass Innovationsfondsprojekte aus dem Bereich neue Versorgungsformen in Zukunft vereinfacht als Selektivverträge fortgeführt werden können.

Vor diesem Hintergrund hat die BPtK die bisher durch den Innovationsfonds im Bereich neue Versorgungsformen geförderten Projekte zur Versorgung von Menschen mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen analysiert. Die Projekte, die sich auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen konzentrieren, geben einen Einblick darin, welche Trends sich für die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung identifizieren lassen und in welchen Bereichen Schwerpunkte bei der innovativen Weiterentwicklung der Versorgung gesetzt werden.

Hintergrund:

Im Jahr 2015 wurde der Innovationsfonds geschaffen, um im Rahmen des am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG; §§ 92a und b SGB V) die Versorgung der GKV zu stärken. Hierfür wurden von 2016 bis 2019 jedes Jahr 300 Millionen Euro zur Verfügung gestellt, um innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen zu fördern. Mit dem Beschluss des Digitale-Versorgung-Gesetzes durch den Deutschen Bundestag am 7. November 2019 wurde eine Fortführung des Innovationsfonds von 2020 bis 2024 mit einem reduzierten Fördervolumen von jährlich 200 Millionen Euro gesichert.

*Gefördert werden Projekte im Bereich **neue Versorgungsformen**, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden, und Projekte im Bereich **Versorgungsforschung**, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind.*

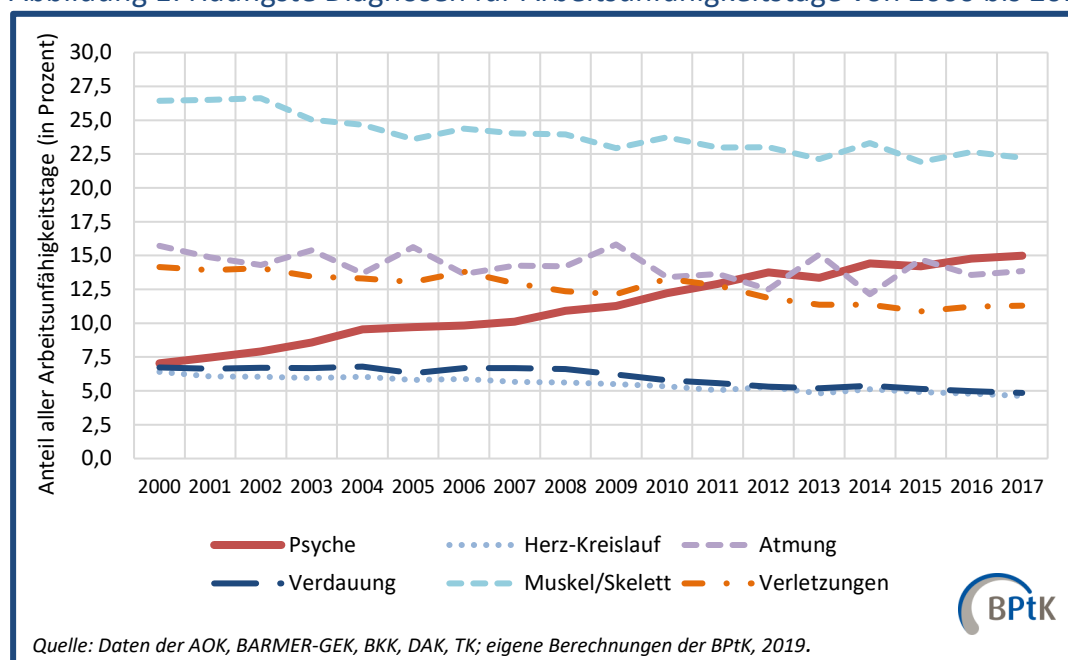
3 Ergebnisse

3.1 Psychotherapeutische Versorgung im Innovationsfonds

3.1.1 Hintergrund: Zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen für die GKV

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen für die gesetzliche Krankenversicherung wächst stetig. Psychisch erkrankte Arbeitnehmer*innen sind mit rund 35 Tagen pro Jahr deutlich länger krankgeschrieben als körperlich erkrankte. Dieser Unterschied hat in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen und sich seit dem Jahr 2000 fast verdreifacht.¹ Inzwischen (Stand: 2017) gehen 15 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Erkrankungen zurück – ein Wert, der sich seit dem Jahr 2000 verdoppelt hat (siehe Abbildung 1). Damit sind psychische Erkrankungen hinter Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems der zweitgrößte Faktor für betriebliche Fehltag geworden.

Abbildung 1: Häufigste Diagnosen für Arbeitsunfähigkeitstage von 2000 bis 2017



¹ Eigene Berechnung der BPTK auf Grundlage von Daten der AOK, BARMER, BKK, DAK, TK, 2019.

3.1.2 Psychische Erkrankungen als ein Schwerpunkt bei Förderbekanntmachungen

Durch Schwerpunktsetzungen bei den Förderbekanntmachungen kann der Innovationsausschuss die Weiterentwicklung der Versorgung spezifischer Patientengruppen gezielt fördern. So kann mithilfe des Innovationsfonds die Behebung von Versorgungslücken oder -engpässen unterstützt werden. Neben Förderbekanntmachungen zur Versorgung älterer Menschen, pflegebedürftiger Menschen, Kinder und Jugendlicher sowie Menschen mit seltenen Erkrankungen wurde auch die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bereits durch eine entsprechende Förderbekanntmachung gezielt adressiert.² Die Evaluation wesentlicher Strukturreformen in der psychotherapeutischen Versorgung wurde zudem durch eine spezifische Förderbekanntmachung im Bereich Versorgungsforschung ermöglicht.³

3.1.3 Große Anzahl an Projekten zu psychischen Erkrankungen und Belastungen

In den bis dato 150 vom Innovationsfonds geförderten Projekten im Bereich neue Versorgungsformen wird die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychischen Belastungen oftmals in den Blick genommen. In 14 Projekten ist Psychotherapie zumindest ein optionaler, wenn nicht sogar zentraler Bestandteil (siehe Abbildung 2). Drei der Projekte haben einen zentralen Fokus auf Psychotherapie, in fünf Projekten ist Psychotherapie fester und integraler Bestandteil. In den sechs weiteren Projekten stellt Psychotherapie einen optionalen Bestandteil dar (siehe Anhang 1).

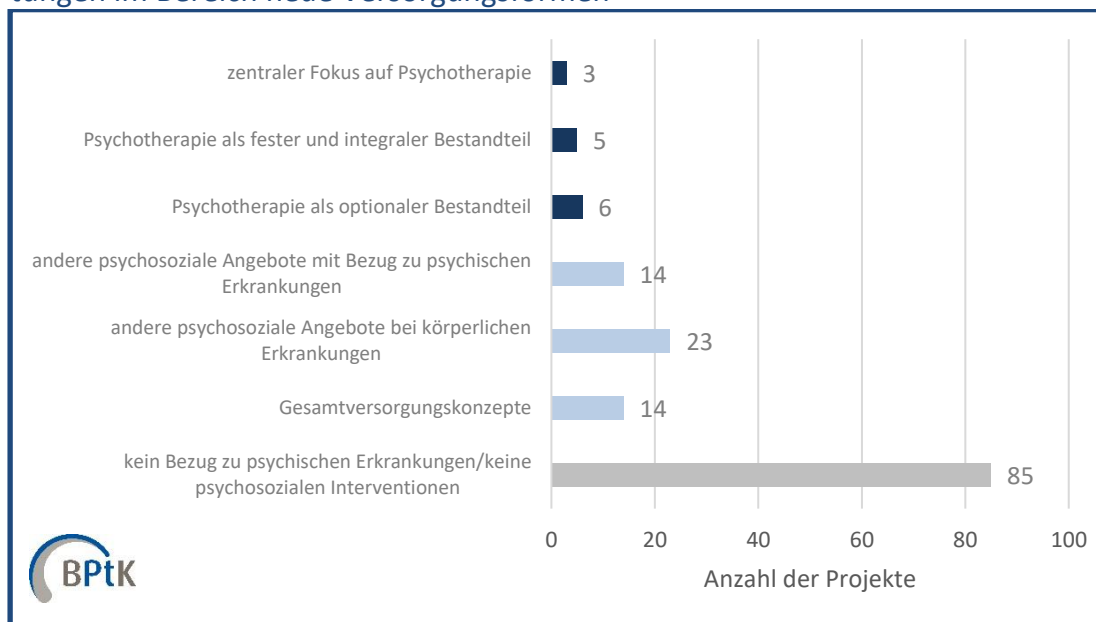
Psychosoziale Angebote werden in 37 weiteren Projekten eingesetzt. 14 dieser Projekte haben dabei einen direkten Bezug zu psychischen Erkrankungen, 23 Projekte zielen auf die psychosoziale Versorgung von Menschen mit psychischen Belastungen bei somatischen Erkrankungen ab. Bei 14 Projekten handelt es sich um Gesamtversorgungskonzepte, die auf die sektorenübergreifende Versorgung bestimmter Regionen oder Patientengruppen abzielen.

In insgesamt 14 Projekten wurden übergreifende Gesamtversorgungskonzepte für spezifische Regionen oder Patientengruppen entwickelt.

² https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/Der-Innovationsfonds-im-Ueberblick_2020-05-18.pdf.

³ <https://innovationsfonds.g-ba.de/foerderbekanntmachungen/foerderbekanntmachung-zur-weiterentwicklung-und-insbesondere-evaluation-der-richtlinie-des-g-ba-ueber-die-durchfuehrung-der-psychotherapie-pt-rl.23>.

Abbildung 2: Anzahl der Projekte mit Bezug zu Psychotherapie/psychischen Belastungen im Bereich neue Versorgungsformen



3.1.4 Angst und Depression besonders häufig untersucht

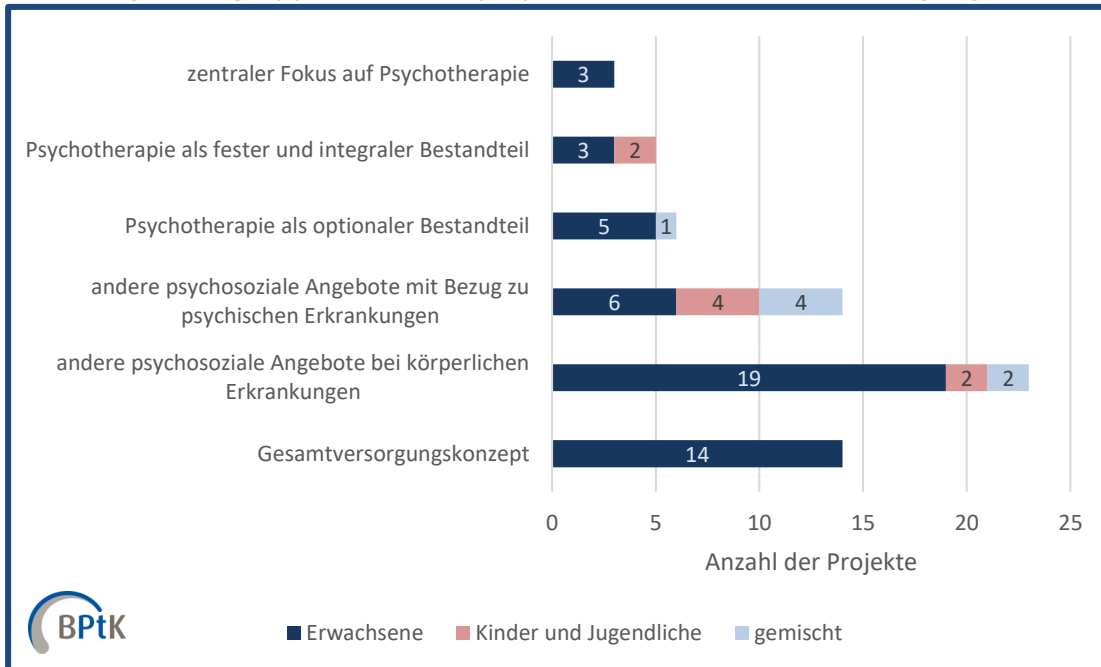
Die vom Innovationsfonds geförderten Neuen Versorgungsformen decken ein breites Spektrum an psychischen Erkrankungen und Belastungen ab. Im Fokus stehen Depressionen und Angsterkrankungen, auf die drei Projekte explizit zugeschnitten sind, die aber auch bei weiteren Projekten als eine von mehreren Indikationen berücksichtigt werden. Substanzbezogene Störungen stehen in zwei Projekten im Mittelpunkt.

Hervorzuheben ist, dass auch bislang belastete und vernachlässigte Zielgruppen in den Projekten Beachtung finden. Dazu gehören beispielsweise Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern sowie Kinder und Jugendliche, bei denen Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen. Auch Menschen mit internetbezogenen Störungen und transsexuelle Menschen finden in den Projekten Berücksichtigung.

3.1.5 Kinder und Jugendliche im Fokus

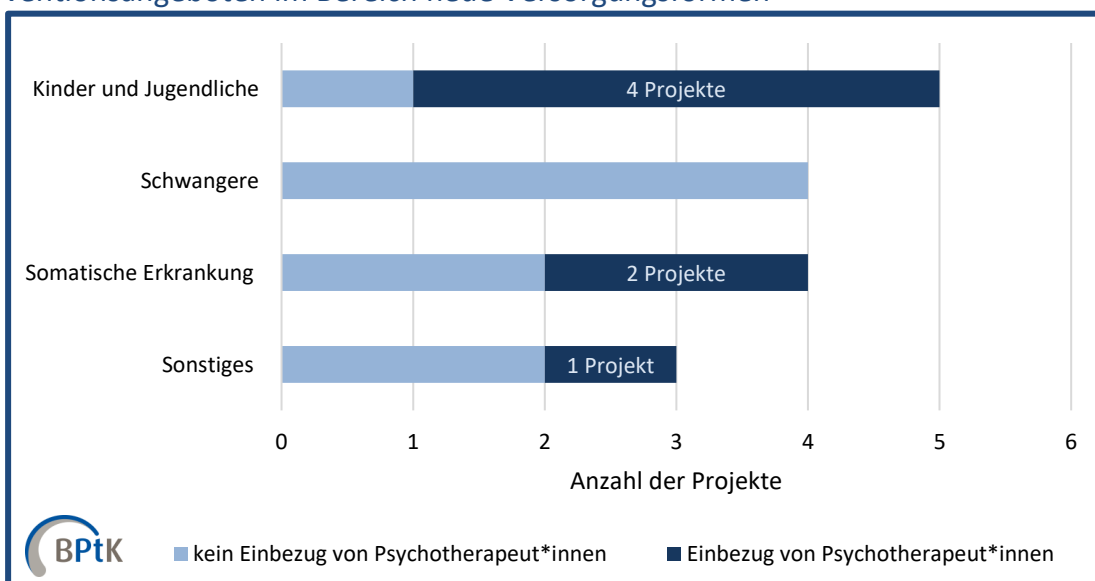
Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird sowohl in Psychotherapieprojekten als auch in Projekten mit einem Fokus auf psychosoziale Interventionen adressiert (siehe Abbildung 3). Besonders bei psychosozialen Angeboten mit Bezug zu psychischen Erkrankungen sind Kinder und Jugendliche oft als Zielgruppe benannt. Vier der 14 Projekte widmen sich ausschließlich Kindern und Jugendlichen, vier weitere Projekte schließen sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene mit ein.

Abbildung 3: Zielgruppe der Förderprojekte im Bereich neue Versorgungsformen



Bei vielen dieser Projekte für Kinder und Jugendliche handelt es sich um Präventionsprojekte, in denen psychische Belastungen, für die beispielsweise durch die Erkrankung eines Elternteils ein besonderes Risiko besteht, frühzeitig identifiziert werden sollen und bei denen durch geeignete Interventionsmaßnahmen einer Verstärkung und Chronifizierung der Beschwerden vorgebeugt wird. Insgesamt konnten fünf Präventionsprojekte für Kinder und Jugendliche identifiziert werden (siehe Abbildung 4). Vier dieser Projekte beziehen Psychotherapeut*innen ein.

Abbildung 4: Einbezug von Psychotherapeut*innen in zielgruppenspezifische Präventionsangeboten im Bereich neue Versorgungsformen



Beispiel: Primärprävention bei Kindern

*Im Projekt „PROMPT⁴ – Primärindikative und optimierte Zuweisung zu gezielten Maßnahmen bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern“ soll die psychische Gesundheit 5- bis 10-jähriger Kinder gefördert werden. Hierfür werden die U-Untersuchungen um ein systematisches Screening auf emotionale und Verhaltensauffälligkeiten erweitert. Bei Bedarf werden auffällige Kinder dann von der Kinderärzt*in zu einem von zwei etablierten Präventionsprogrammen verwiesen („Mutig werden mit Til Tiger“ oder „Ein Stressbewältigungstraining für Trotzköpfe und Zornteufel“) oder es wird eine weiterführende Diagnostik eingeleitet. Die Leitung des Projektes erfolgt dabei unter Einbezug psychotherapeutischer Expertise.*

3.1.6 Kaum Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Schwangere

Die psychische Gesundheit von Frauen ist während und nach einer Schwangerschaft in besonderem Maße gefährdet. Man geht davon aus, dass bis zu 20 Prozent unter einer ante- oder postnatalen Depression leiden.^{5, 6} Auch Angststörungen treten vor und nach einer Geburt gehäuft auf und begleiten oft depressive Symptome.⁷ Unter den Erkrankungen leiden nicht nur die Frauen selbst, sondern auch das Kind und die Familie. Das Risiko für Frühgeburten, ein geringes Geburtsgewicht und Geburtskomplikationen steigt. Langfristig ist die emotionale und kognitive Entwicklung der Kinder gefährdet.^{8, 9}

Insgesamt legen vier Projekte einen Fokus auf die Prävention bei Schwangeren (siehe Abbildung 4). Zwei der Präventionsprojekte sind gezielt auf Schwangere mit psychischen Belastungen zugeschnitten. Obwohl innerhalb der Projekte psychische Belastungen identifiziert werden, wird im Unterschied zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei der Versorgung von (werdenden) Müttern in keinem Projekt die Expertise von Psychotherapeut*innen herangezogen. Diese Entwicklung geht klar am Expertenkonsens, beispielsweise der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, vorbei, betroffenen Frauen eine Psychotherapie anzubieten.¹⁰

⁴ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/prompt-primarindikative-und-optimierte-zuweisung-zu-gezielten-massnahmen-bei-emotionalen-und-verhaltensauffaelligkeiten-bei-kindern.191>.

⁵ Gavin, N. I. et al. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*. 106, 1071–1083.

⁶ Hübner-Liebermann, B., Hausner, H. & Wittmann, M. (2012). Peripartale Depressionen erkennen und behandeln. *Deutsches Ärzteblatt*. 109, 419–425.

⁷ Falah-Hassani, K., Shiri, R. & Dennis, C. (2017). The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*. 47, 2041–2053.

⁸ Hübner-Liebermann, B., Hausner, H. & Wittmann, M. (2012). Peripartale Depressionen erkennen und behandeln. *Deutsches Ärzteblatt*. 109, 419–425.

⁹ Grote, N. K., Bridge, J. A. & Gavin, A. R. (2011). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*. 67, 1012–1024 (2010).

¹⁰ S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (2015). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf.

Beispiel: Versorgung von Schwangeren

Das Projekt „**Mind:Pregnancy**“¹¹ – Online-basierte Achtsamkeitsintervention zur Stärkung psychischer Stabilität von Schwangeren und Förderung einer physiologischen Geburt“ zielt darauf ab, Belastungen in der Schwangerschaft zu erkennen, Depressions- und Angstsymptomatik bei Schwangeren zu reduzieren, postpartale Depressionen zu vermeiden, natürliche Geburten zu fördern und Gesundheitsschäden beim Kind zu vermeiden. Hierzu werden Schwangere bei der gynäkologischen Vorsorge gezielt mittels eines Screeningfragebogens auf Störungen der Stimmungslage hin untersucht. Laut Projektbeschreibung und Projektwebsite werden als auffällig gescreeente Schwangere in einem psychologischen Erstgespräch von erfahrenen klinischen Psycholog*innen untersucht und von Geburtshelfer*innen beraten. Belasteten Schwangeren wird ein weiterführendes onlinebasiertes Selbsthilfeangebot mit Achtsamkeitstrainings und Methoden der Verhaltenstherapie zur Steigerung der Selbstwirksamkeit zur Verfügung gestellt. Für die Intervention selbst ist keine angemessenen qualifizierte Begleitung vorgesehen. Ein leitlinienkonformer und bedarfsgerechter Direktzugang zur Psychotherapie ist in der Versorgungsform nicht vorgesehen. Ob es sich bei den in die Diagnostik einbezogenen „Psycholog*innen“ um approbierte Psychotherapeut*innen handelt, ist nicht zu erkennen.

3.1.7 Ältere und Pflegebedürftige unzureichend psychotherapeutisch versorgt

Ältere Menschen, insbesondere die, die pflegebedürftig sind und/oder in Heimen leben, sind starken psychosozialen Belastungen ausgesetzt und haben ein erhöhtes Depressionsrisiko. Die administrative Prävalenz von Depressionsdiagnosen nimmt im Erwachsenenalter zu. Ab einem Alter von 70 Jahren leidet nach Schätzungen aus Pflegeheimen fast die Hälfte der Bewohner*innen unter starker depressiver Symptomatik¹².

Trotz des besonderen Risikos für psychische Erkrankungen, besteht hier nach wie vor ein großes Versorgungsdefizit. Seit Langem ist bekannt, dass diese Patientengruppe keinen oder einen nur sehr begrenzten Zugang zu einer leitliniengerechten psychotherapeutischen Versorgung hat. So konnte beispielsweise der Faktencheck Depression zeigen, dass bei Patient*innen mit schweren und chronischen Depressionen mit zunehmendem Alter der Anteil der alleinigen pharmakotherapeutischen Behandlung und derjenige der nicht behandelten Patient*innen zunimmt. Weniger als fünf Prozent der über 65-Jährigen erhalten eine alleinige oder mit Psychopharmaka kombinierte Psychotherapie, circa 30 Prozent bleiben gänzlich ohne Behandlung¹³.

Von den insgesamt 14 Projekten, die übergreifende Gesamtversorgungskonzepte für spezifische Regionen oder Patientengruppen umgesetzt haben, haben elf Projekte einen Fokus auf die Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen gelegt (siehe Abbildung 5). Hierbei steht die Versorgung älterer Menschen in Pflegeheimen (drei Projekte),

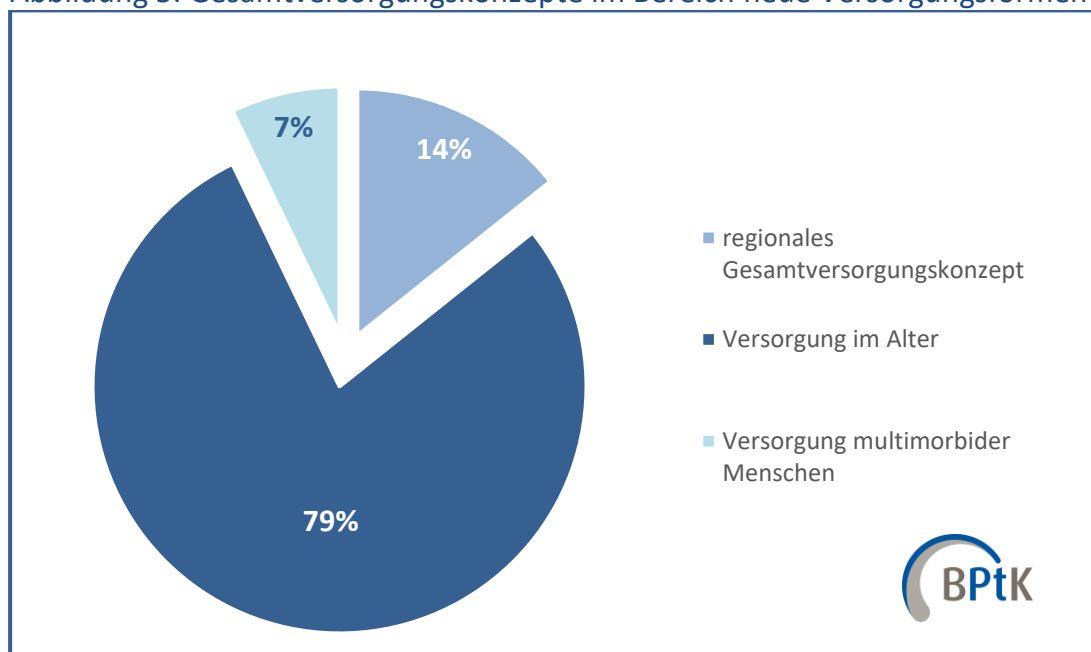
¹¹ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/mind-pregnancy-online-basierte-achtsamkeitsintervention-zur-staerkung-psychischer-stabilitaet-von-schwangeren-und-foerderung-einer-physiologischen-geburt.179>.

¹² Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M. & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 36, 613–620.

¹³ Melchior, H., Schulz, H. & Härter, M. (2014). *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*. Bertelsmann Stiftung.

zuhause lebender älterer Menschen (sechs Projekte) und älterer Menschen nach Krankenhausaufenthalten (zwei Projekte) im Mittelpunkt. Übergeordnetes Ziel dieser Versorgungsmodelle ist es, körperliche und psychosoziale Belastungen der Patient*innen, pflegender Angehöriger und des medizinischen sowie des Pflegepersonals zu vermeiden, frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls angemessen zu behandeln. Jedoch wird in keinem der elf Projekte explizit psychotherapeutische Expertise einbezogen. In den meisten Projekten bleibt unklar, ob und welche Rolle eine psychotherapeutische Versorgung in den Versorgungskonzepten spielen soll. Obwohl gerade ältere und pflegebedürftige Menschen einen deutlich erschwerten Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung haben, wird dieses Problem, wenn überhaupt, nur unzureichend durch die Projekte, die im Bereich neue Versorgungsformen gefördert werden, aufgegriffen.

Abbildung 5: Gesamtversorgungskonzepte im Bereich neue Versorgungsformen



Beispiel: Gesamtversorgung pflegebedürftiger Menschen

Das Projekt „SaarPHIR¹⁴ – Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelmäßig“ schafft ein regionales Versorgungskonzept zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patient*innen in Pflegeeinrichtungen. Im Rahmen des Projektes werden regionale Versorgungsteams, bestehend aus Haus- und Fachärzt*innen, gebildet. Pflegekräfte werden geschult und stehen als unmittelbare Ansprechpartner*innen für die Ärzt*innen zur Verfügung. In gemeinsamen Fallkonferenzen werden individuelle Versorgungspläne erstellt. Der Einbezug von Psychotherapeut*innen in die Versorgungsform wird nicht erwähnt, obwohl es sich um ein medizinisches Gesamtversorgungskonzept für Menschen in Pflegeheimen handelt.

¹⁴ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/saarphir-saarlaendische-pflegeheimversorgung-integriert-regelhaft.95>.

Aufgegriffen wird die unzureichende psychotherapeutische Versorgung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen dagegen in einem Projekt, das der Innovationsfonds im Bereich Versorgungsforschung fördert (PSY-CARE). Hier wird die Wirksamkeit einer aufsuchenden ambulanten Kurzzeitpsychotherapie bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen mit Depression untersucht. Die Versorgung erfolgt dabei im Team durch Psychologische Psychotherapeut*innen, Hausärzt*innen und Pflegende.

3.1.8 Kaum psychotherapeutische Versorgung in ländlichen Regionen

Psychotherapie ist bei den meisten psychischen Erkrankungen nach nationalen und internationalen Leitlinien die Behandlungsmethode der ersten Wahl. Die ambulante Behandlung bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen spielt hierbei die wesentliche Rolle. Allerdings bestehen nach wie vor erhebliche Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz. Entsprechend des Gutachtens des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen¹⁵ liegt die durchschnittliche Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz bei vier Monaten. Eine Untersuchung der BPtK¹⁶ konnte dieses Ergebnis bestätigen. Demnach warten Patient*innen im Schnitt fünf Monate auf den Beginn einer Psychotherapie. Besonders lang sind die Wartezeiten außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet.

Aufgegriffen wird die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen in den Neuen Versorgungsformen insgesamt kaum. Zu diesem Schluss kommt auch die Zwischenevaluation der ersten Förderwelle (2016 bis 2018) durch den Innovationsfonds.¹⁷ Auch in der aktuellsten Förderübersicht des Innovationsausschusses aus Mai 2020 konnten lediglich vier neue Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten identifiziert werden.¹⁸

In den Auswertungen der BPtK konnten zwei Projekte identifiziert werden, die regionale Gesamtversorgungskonzepte umsetzen und die grundsätzlich auch die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen miteinschließen (siehe Abbildung 5). Lediglich eines der Projekte ist im strukturschwachen Raum angesiedelt und bezieht ambulant tätige Psychotherapeut*innen ein.

Insgesamt zeigt sich, dass die mangelnde psychotherapeutische Versorgung im ländlichen Raum durch Projekte des Innovationsfonds bisher unzureichend aufgegriffen wird. Statt Lösungen für die psychotherapeutische Versorgung vor Ort zu finden, die bestehenden Behandlungsstandards entspricht, werden Patient*innen teilweise Interventionen angeboten, die mit einem Absenken von Qualitätsstandards in Bezug auf die psychotherapeu-

¹⁵ SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). *Bedarfsge-
rechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. www.svr-gesundheit.de.

¹⁶ BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2018). *BPtK-Studie. Ein Jahr nach der Reform der Psychothera-
pie-Richtlinie: Wartezeiten 2018*. Abrufbar unter: www.bptk.de.

¹⁷ Astor, M. et al. (2019). *Teilbericht über die erste Evaluationsphase. Gesamtevaluation des Innovationsfonds:
Wissenschaftliche Auswertung der Förderung aus dem Innovationsfonds gem. § 92a Abs. 5 SGB V*.
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/085/1908500.pdf>.

¹⁸ Gemeinsamer Bundesausschuss. *Der Innovationsfonds: Stand der Dinge (2020)*. [https://innovationsfonds.g-
ba.de/downloads/media/48/Der-Innovationsfonds-im-Ueberblick_2020-05-18.pdf](https://innovationsfonds.g-
ba.de/downloads/media/48/Der-Innovationsfonds-im-Ueberblick_2020-05-18.pdf).

tische Behandlung verbunden sind. So wird beispielsweise der Einsatz digitaler Versorgungsinnovationen mit Lücken in der Versorgung von Menschen, die in ländlichen Regionen leben, begründet. Zwar bietet Telemedizin in Form von Videobehandlungen und Gesundheits-Apps Chancen für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, sie stellt jedoch keinen Ersatz für regionale Behandlungskapazitäten dar. Patientenpräferenzen, Ergebnisse aus der Forschung sowie fachliche Standards betonen die Notwendigkeit des unmittelbaren Kontakts zwischen Patient*innen und Psychotherapeut*innen. Dies gilt auch für die Versorgung von Menschen im ländlichen Raum.¹⁹ Einen tatsächlichen Nutzen können Versorgungsinnovationen daher in aller Regel nur dann entfalten, wenn sie in eine kontinuierliche Behandlung eingebettet werden, die fachlichen Standards entspricht und die es auch erlaubt, bei Bedarf zu einer Behandlung im unmittelbaren Kontakt (zurück) zu wechseln, ohne dass dies einen Behandlerwechsel erzwingt. Entsprechende Ansätze finden sich in einigen Projekten, die insbesondere nicht psychisch, sondern somatisch kranke Menschen adressieren. In diesen Projekten werden digitale Anwendungen eingesetzt, um ergänzende Behandlungsangebote für sehr spezifische Patientengruppen bereitzustellen. Bei diesen können sich beispielsweise Hausärzt*innen in der ländlichen Versorgung über digitale Kommunikationsplattformen mit Fachärzt*innen in spezialisierten großstädtischen Zentren austauschen.

Beispiel: Regionales Gesamtversorgungskonzept im ländlichen Raum

*Das Kernstück des Projektes „IGiB StimMT²⁰ – Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ ist ein ambulant-stationäres Zentrum, in dem ärztliches und regionales Fachpersonal sektorenübergreifend gebündelt wird, um die Akut- und Notfallversorgung zu stärken. Das Zentrum wird durch ein Koordinierungs- und Beratungszentrum unterstützt, das sich um das Fall- und Entlassmanagement kümmert. Zugleich werden Patient*innen individuell beraten und ihnen wird in bürokratischen Angelegenheiten zur Seite gestanden. Über ein Ärztenetz werden die Versorgungsangebote der niedergelassenen Ärzt*innen vor Ort integriert. Auch niedergelassene Psychotherapeut*innen können Teil dieses Netzwerkes werden. Weiterer Bestandteil des Projektes ist die Entwicklung und Implementierung von Behandlungspfaden für ausgewählte chronische Erkrankungen. Für einen schnelleren und effizienteren Austausch von Informationen über mehrere Fachdisziplinen und Einrichtungen hinweg wird außerdem eine IT-Plattform aufgebaut.*

3.1.9 Große Heterogenität bei der psychosozialen Versorgung somatischer Erkrankungen

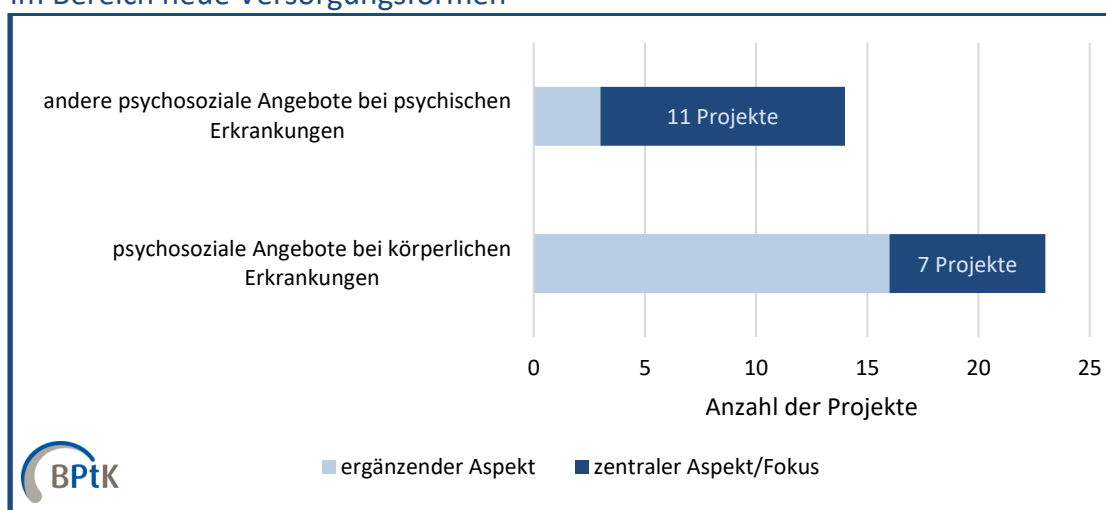
In den Projekten des Innovationsfonds im Bereich der Neuen Versorgungsformen wird häufig die hohe Prävalenz psychischer Komorbiditäten bzw. psychischer Belastungen bei spezifischen somatischen Erkrankungen adressiert. In fast einem Drittel dieser Projekte (7 von 23 Projekten) stellt die psychosoziale Intervention den zentralen Aspekt der Versorgungsform dar (siehe Abbildung 6). Inhaltlich decken die psychosozialen Angebote ein breites Spektrum an Indikationen ab. Besonders häufig untersucht wird die Versorgung

¹⁹ Eichhorn et. al. (2020). *Neue Wege braucht das Land – auch um dort die Versorgung psychisch kranker Menschen sicherzustellen. Gesundheits- und Sozialpolitik*, 2, S. 30-38.

²⁰ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/igib-stimmt-strukturmigration-im-mittelbereich-templin.79>.

von Krebserkrankungen (Erkrankte und deren Angehörige, insgesamt vier Projekte). Häufig sind auch Projekte, die verschiedene Formen von Schmerzen im Fokus haben (2 x Rückenschmerz 1 x Schmerzkrankung, 2 x Migräne, 2 x postoperativer Schmerz). Schwangere mit möglichen Komplikationen (Frühgeburt, Schwangerschaftsvergiftung) werden in zwei Projekten adressiert.

Abbildung 6: Rolle der psychosozialen Intervention innerhalb der Förderprojekte im Bereich neue Versorgungsformen



Systematisch einbezogen in die Versorgung von psychischen Erkrankungen und Belastungen bei körperlichen Erkrankungen werden Psychotherapeut*innen jedoch nicht. Unklar bleibt in den Projekten oftmals, ob eine systematische Abklärung des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs erfolgt. In 9 der 23 Projekte werden weder Psychotherapeut*innen noch Psycholog*innen miteinbezogen (siehe Abbildung 2). Besonders heterogen sind in den Projektbeschreibungen Angaben zur Prozessqualität der Versorgungsangebote. Oft bleibt in Bezug auf die psychosoziale Versorgung unklar, welche Interventionen durch wen in welcher Reihenfolge erbracht werden.

Beispiel: Schmerz

Das Projekt „**SMARTGEM**²¹ – Smartphone-gestützte Migränetherapie“ zielt auf die Etablierung einer effizienten und kostensparenden Therapie bei häufiger Migräne ab. Zielsetzung des Projektes ist es, ein Angebot zu schaffen, das den begrenzten und oft mit langen Wartezeiten verbundenen Zugang zu medizinischen Kopfschmerzexpert*innen und auf Schmerz spezialisierten Psychotherapeut*innen überwindet. Patient*innen haben die Möglichkeit, mittels einer Smartphone-App Schmerzen zu dokumentieren und integrierte Therapiemodule durchzuführen. Patient*innen sollen durch die App bei der Durchführung von Entspannungsverfahren und Ausdauersport unterstützt und in verhaltenstherapeutischen Ansätzen geschult werden. Über eine Kommunikationsplattform können Patient*innen in einem

²¹ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/smartgem-smartphone-gestuetzte-migraenetherapie.183>.

*ärztlich moderierten Patientenforum Fragen stellen und über eine Onlinesprechstunde Kontakt zu den Fachärzt*innen der Schmerzambulanzen aufnehmen. Über ein Telekonsil können sich behandelnde niedergelassene Ärzt*innen mit den Ärzt*innen der Kopfschmerzzentren vernetzen. Trotz klar genannter verhaltenstherapeutischer Elemente der Onlineintervention und obwohl das Fehlen von Schmerzpsychotherapeut*innen als Versorgungsproblem hervorgehoben wird, wird der Einbezug von Psychotherapeut*innen in der Versorgungsform nicht benannt.*

*Im Projekt „PAIN 2020²² – Schmerz: Patientenorientiert. Abgestuft. Interdisziplinär. Netzwerk“ soll die Versorgungsqualität und -effizienz von Patient*innen mit Schmerzerkrankungen, die an keiner schwerwiegenden psychischen Erkrankung leiden, verbessert werden. Im Rahmen des Projektes wird ein interdisziplinäres multimodales Assessment (IMA) unter Beteiligung mindestens einer Ärzt*in, einer Psychotherapeut*in und einer Physiotherapeut*in durchgeführt. Bei Bedarf werden zusätzlich zu fachbezogener Diagnostik und Therapie zwei niederschwellige interdisziplinäre multimodale (Schmerz-)Therapiemodule „Eduktion“ und „Begleittherapie“ angeboten. Psychotherapeut*innen werden sowohl in die Diagnostik als auch in die Patientenversorgung systematisch einbezogen.*

3.1.10 Identifizierte Trends

Die Weiterentwicklung der Versorgung psychischer Erkrankungen wird durch eine Vielzahl an Projekten im Innovationsfonds adressiert. Auch die psychosoziale Versorgung von Menschen mit somatischen Erkrankungen wird in vielen Projekten als Thema aufgegriffen. Damit wird der Bedeutung des Themas psychische Erkrankungen für die Weiterentwicklung des GKV-Systems angemessen Rechnung getragen.

Die durch den Innovationsfonds geförderten Projekte zeigen jedoch ein sehr heterogenes Bild bezüglich der Versorgungsqualität für unterschiedliche Patientengruppen. Oft bleibt in Bezug auf die psychosoziale Versorgung unklar, welche Interventionen durch wen in welcher Reihenfolge erbracht werden.

Ein deutlich positiveres Bild zeigt sich bei den Projekten für Kinder und Jugendliche. Die psychotherapeutische Versorgung, aber auch die Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen werden mit der gebotenen Strukturqualität und mit vom Ansatz her fachlich angemessenen Versorgungs- und Präventionsangeboten in den Projekten aufgegriffen.

Ein besonders heterogenes Bild zeigt sich bei der fachlichen Qualität der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit somatischen Erkrankungen. So fallen beispielsweise neben vielversprechenden multimodalen Behandlungsansätzen zur Versorgung von Schmerzerkrankungen auch Projekte auf, bei denen trotz bekannter Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Faktoren, keinerlei Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung vorgesehen ist. Eine unzureichende psychotherapeutische Versorgung bei praktisch allen geförderten Projekten zeigt sich für Versorgungsformen, die sich gezielt an Schwangere oder ältere und pflegebedürftige Menschen richten.

²² Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/pain-2020-schmerz-patientenorientiert-abgestuft-interdisziplinair-netzwerk.194>.

3.1.11 Versorgungslücken bei psychischen Belastungen und Erkrankungen weiter adressieren

Angesichts der bestehenden Versorgungslücken bei psychischen Belastungen und Erkrankungen sind Innovationen dringend erforderlich. Es ist möglich, diese durch spezifischere Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses aufzugreifen.

Lücken in der psychotherapeutischen Versorgung bestehen zum Beispiel nach wie vor bei der Versorgung in ländlichen Regionen.²³ Handlungsbedarf besteht auch bei der Versorgung einzelner Patientengruppen, zum Beispiel psychisch kranker oder belasteter älterer Menschen oder somatisch Erkrankter mit psychischen Belastungen. Auch Patientengruppen, wie zum Beispiel psychisch kranke oder belastete Schwangere, die bisher nur mit eher problematischen Projekten adressiert wurden, brauchen fachlich gut durchdachte und aufgestellte Innovationen. Insbesondere bei der psychosozialen Versorgung von Menschen mit somatischen Erkrankungen sollte außerdem die Transparenz bezüglich der Struktur- und Prozessqualität der Versorgung deutlich erhöht werden.

3.2 Informationen zu Struktur- und Prozessqualität

3.2.1 Qualifikationsniveau der Behandelnden

Alle 14 Projekte, die im Bereich neue Versorgungsformen gefördert wurden und Psychotherapie als festen, integralen oder optionalen Bestandteil beinhalten, beziehen Psychotherapeut*innen in die Versorgung mit ein (siehe Abbildung 7).

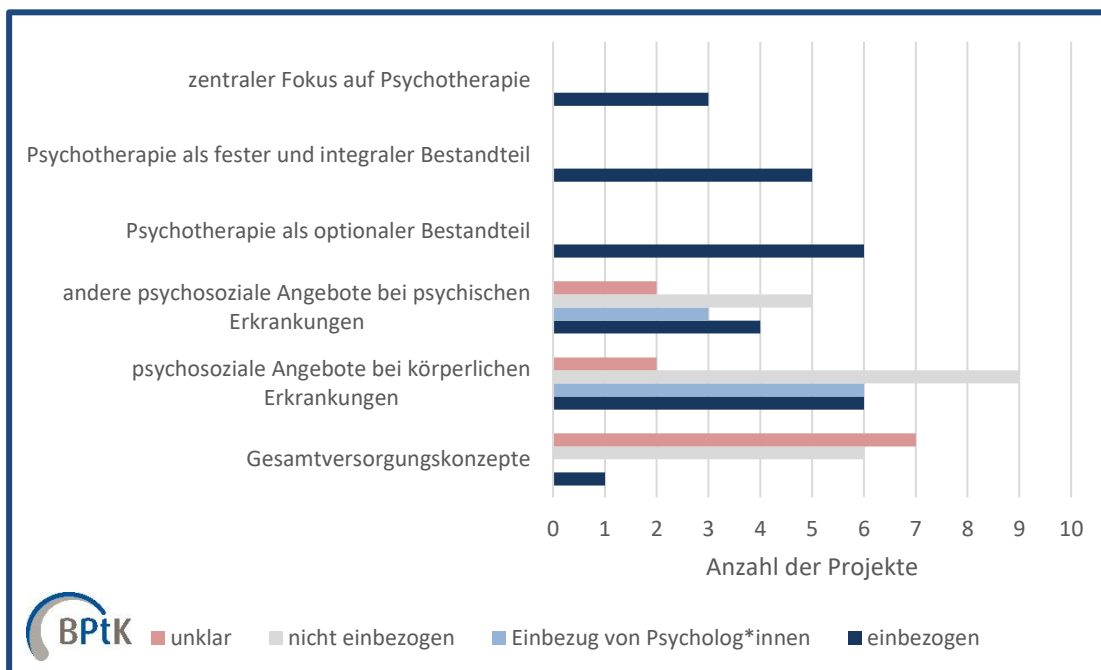
Auch Projekte mit anderen psychosozialen Interventionen bei psychischen und körperlichen Erkrankungen beinhalten oft psychotherapeutische Tätigkeiten, wie zum Beispiel die Diagnostik, die Indikationsstellung sowie die Behandlung psychischer Beschwerden. In den Kurzbeschreibungen dieser Versorgungsformen bleibt der Einbezug von Psychotherapeut*innen allerdings oft unklar. Auch auf Homepages sind, wenn vorhanden, oft keine genauen Informationen diesbezüglich zu finden. So ließ sich in je zwei der 14 Projekte mit psychosozialen Angeboten mit Bezug zu psychischen Erkrankungen und zwei der 23 bei körperlichen Erkrankungen teilweise auch auf Nachfrage nicht feststellen, ob Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen in die psychosozialen Interventionen einbezogen werden.

Hinzu kommt, dass auch das genaue Qualifikationsniveau der Fachkräfte in den wenigsten Projekten explizit benannt wird. Teilweise werden Psycholog*innen in den Projektbeschreibungen aufgeführt. Feststellen, ob hiermit eigentlich approbierte Psychotherapeut*innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen gemeint sind, lässt sich jedoch nicht feststellen. Insgesamt bezieht die Hälfte der Projekte mit psychosozialen Angeboten bei psychischen Erkrankungen Psychotherapeut*innen oder Psycholog*innen mit ein (7 von 14 Projekten) sowie knapp über die Hälfte der Projekte mit psychosozialen Angeboten bei körperlichen Erkrankungen (12 von 23 Projekten). Nur in der Hälfte der Pro-

²³ BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2018). BPtK-Studie. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018. Abrufbar unter: www.bptk.de.

jekte, wird die Qualifikation als approbierte Psychotherapeut*in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in explizit bzw. auf Nachfrage benannt. Das heißt, dass viele der Projekte, die auf die Versorgung psychisch kranker Menschen bzw. psychisch belasteter Menschen mit körperlichen Erkrankungen abzielen, darauf verzichten, deutlich zu machen, in welcher Strukturqualität sie ihre Patient*innen behandeln.

Abbildung 7: Einbezug von Psychotherapeut*innen im Bereich neue Versorgungsformen



Auch in Gesamtversorgungsmodelle, deren Anspruch eine sektorenübergreifende und flächendeckende Versorgung von Patient*innen ist, werden Psychotherapeut*innen meist nicht explizit einbezogen. Bei der Hälfte der Projekte bleibt die Rolle von Psychotherapeut*innen gänzlich unklar. Nur in einem regionalen Gesamtversorgungskonzept sind psychotherapeutische Praxen als Teil der ambulanten medizinischen Versorgung im Versorgungsmodell berücksichtigt.

Beispiel: Mangelnde Strukturqualität

*Im Projekt „PREMA²⁴ – eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung“ wird ein hausarztzentriertes Versorgungsmodell zur Behandlung von Depressionen und Angststörungen erprobt (siehe Abbildung 9 B). Mittels digitaler Werkzeuge wird die Hausärzt*in bei der Diagnostik und Indikationsstellung der Erkrankung unterstützt. Durch die Bereitstellung einer Onlineintervention wird die Hausärzt*in außerdem dazu befähigt, Erkrankungen zunächst ressourcensparend innerhalb der Hausarztpraxis zu behandeln. Begleitet von einer Medizinischen Fachangestellten* (MFA) durchlaufen Patient*innen eine zwölfmonatige Onlineintervention. Symptomatik und Beschwerden werden regelmäßig von der MFA erfragt und von der Hausärzt*in überwacht. Eine systematische Kooperation mit Psychotherapeut*innen ist nicht vorgesehen. Vielmehr wird, anstatt den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu fördern, die Behandlung von schwerwiegenden psychischen Erkrankungen an MFAs delegiert.*

3.2.2 Angaben zur psychotherapeutischen Versorgung

Ob psychisch belastete Patient*innen in den Förderprojekten im Rahmen psychosozialer Interventionen ausreichend und angemessen versorgt werden, lässt sich aufgrund mangelnder und ungenauer Informationen kaum feststellen. Oft liegen unzureichende Informationen über den genauen Ablauf der psychosozialen Interventionen vor und es bleibt unklar, ob die psychosozialen Interventionsangebote psychotherapeutische Leistungen einschließen und wer diese durchführt. Unklar bleibt auch, ob und von wem die Indikation für eine Psychotherapie in diesen Projekten abgeklärt, der Zugang zu einem leitliniengerechten Behandlungsangebot ermöglicht, der Verlauf der Intervention überwacht und Patient*innen bei Bedarf Psychotherapie angeboten wird bzw. eine Weitervermittlung erfolgt.

Beispiel: Unzureichende Prozessqualität

*Das Projekt „UPGRADE²⁵ – Kreative Stärkungsgruppen als innovative Versorgungsform für traumatisierte und hochbelastete Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen“ richtet sich an belastete und möglicherweise traumatisierte Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen. Die Intervention beinhaltet die Teilnahme an einer kreativen Stärkungsgruppe, bestehend aus Gesprächen, Informationen und spielerisch-kreativen Angeboten. „Durch die Stärkung der Resilienz und der eigenen Ressourcen sollen Erkrankungen vermieden werden und bestehende Erkrankungen schneller abklingen. Bei Traumata werden die Betroffenen entlastet und darin unterstützt, Traumafolgestörungen vorzubeugen“, so die Projektbeschreibung. Doch obwohl das Drohen oder Vorliegen einer Traumatisierung hier zur möglichen Indikation gehört, werden die systematische Diagnostik der Mitarbeiter*innen und die Abklärung weiteren Behandlungsbedarfs nicht als*

²⁴ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/prema-ehealth-gestuetztes-case-management-fuer-psychisch-erkrankte-in-der-hausaerztlichen-primarversorgung.182>.

²⁵ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/upgrade-kreative-staerkungsgruppen-als-innovative-versorgungsform-fuer-traumatisierte-und-hochbelastete-mitarbeiter-innen-im-gesundheitswesen.281>.

*Bestandteile der Intervention benannt. Auch werden keine Psychotherapeut*innen oder Fachärzt*innen in die Versorgungsform miteinbezogen.*

3.2.3 Identifizierte Trends

Festzuhalten ist, dass in den geförderten Projekten oftmals kaum Informationen zur Strukturqualität der psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Auch scheint der psychotherapeutische Behandlungsbedarf innerhalb psychosozialer Interventionsformen häufig nicht systematisch abgeklärt zu werden. Gerade in Anbetracht der thematisierten psychischen Belastungen in den Projektbeschreibungen, wie zum Beispiel einer drohenden und manifesten Traumatisierung von Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen, wäre eine systematische Diagnostik und Indikationsstellung durch entsprechend qualifizierte Behandelnde zu erwarten. Trotz des großen Augenmerks, den der Innovationsfonds auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Belastungen legt, scheinen ausreichende Informationen zur Struktur- und Prozessqualität psychotherapeutischer Leistungen bislang kein Kriterium für die Förderung der Projekte darzustellen. Damit werden Risiken für psychisch erkrankte Patient*innen durch eine Absenkung der Strukturqualität und fachlich problematischer Interventionen in Kauf genommen.

3.2.4 Angemessene Struktur- und Prozessqualität bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherstellen

Wenn die durch den Innovationsfonds geförderten Projekte einer qualitativ hochwertigen Weiterentwicklung der Versorgung dienen sollen, muss sichergestellt sein, dass sie über eine ausreichende Struktur- und Prozessqualität verfügen. Fachlich problematische Interventionen sollten nicht Gegenstand einer Förderung sein. Konkret für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist zu fordern, dass Diagnostik und Indikationsstellung durch dafür ausreichend qualifizierte Leistungserbringer*innen erfolgt. Gewährleistet werden kann das durch eine systematische fachliche Bewertung der geplanten Struktur- und Prozessqualität bei der Beurteilung von Antragsskizzen durch den Innovationsausschuss.

Zwingende Voraussetzung sowohl für die fachliche Beurteilung im Rahmen der Begutachtung der Projektskizzen durch den Innovationsausschuss als auch durch Patient*innen, denen die Versorgung im Rahmen der bewilligten Innovationsfondsprojekte angeboten wird, ist, dass ausreichend Informationen über die geplanten bzw. geförderten Projekte verfügbar sind. Klare Vorgaben durch den Innovationsausschuss, wie zum Beispiel Angaben zum Qualifikationsniveau der an der Diagnostik und Behandlung beteiligten Berufsgruppen, können hier wesentlich zur Transparenz und damit zur Patientensicherheit beitragen. Schon anhand der Projektabstracts sollte klar identifizierbar sein:

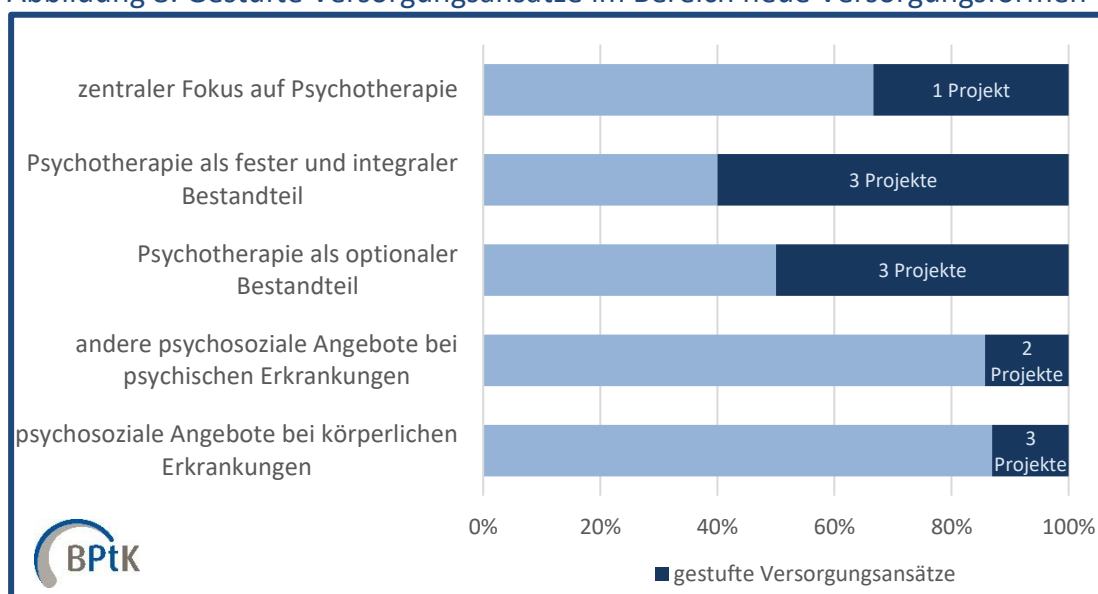
- Wie wird die Diagnostik durchgeführt? Wer ist für die Diagnostik verantwortlich?
- Wie erfolgt die Indikationsstellung für spezifische Interventionen und welche Berufsgruppe(n) nimmt diese vor?
- Wer koordiniert die Behandlung im Fall komplexer Interventionen und wer überwacht den Verlauf der Behandlung?
- Entspricht die Behandlung aktuellen Leitlinien? Falls nein, inwiefern unterscheidet sie sich davon?

3.3 Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung

3.3.1 Zugang zur Psychotherapie erschwert

Die Hälfte der Projekte (7 von 14 Projekten), die explizit die psychotherapeutische Versorgung adressieren, verfolgen gestufte Versorgungsansätze (siehe Abbildung 8). Hier erhalten Hilfesuchende abhängig von ihren Beschwerden unterschiedliche Behandlungsangebote, bei denen Psychotherapie meist als eine der letzten Behandlungsoptionen bzw. erst bei einem besonderen Schweregrad der psychischen Erkrankung zum Einsatz kommen soll. Im Bereich psychosozialer Versorgungsangebote fällt die Rate gestufter Versorgungsmodelle (5 von 37 Projekten) deutlich geringer aus (13,22 %). Insbesondere dann, wenn Psychotherapie Bestandteil einer gestuften Versorgungsform ist, wird der direkte Zugang zur Psychotherapie oft durch vorgeschaltete Interventionen abgelöst.

Abbildung 8: Gestufte Versorgungsansätze im Bereich neue Versorgungsformen



Die Entscheidung über den Zugang zur Psychotherapie in diesen Projekten liegt zum Teil nicht bei Psychotherapeut*innen selbst, sondern ausschließlich bei Ärzt*innen (2 x Hausärzt*innen, 1 x Fachärzt*in) oder einem Interdisziplinären Zentrum (1 x). Nur in drei Projekten mit Psychotherapiebezug sind Psychotherapeut*innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in die primäre Indikationsstellung einbezogen.

Die Tendenz, dass kein direkter Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung etabliert wird, zeigt sich nicht nur im Rahmen gestufter Versorgungsmodelle. In vielen Projekten wird nach einem ersten Screening oder einer diagnostischen Einschätzung entschieden, ob Patient*innen Zugang zu einer bestimmten Versorgung erhalten. Die Indikation für psychotherapeutischen Versorgungsbedarf wird dabei oft von behandelnden Fachärzt*innen gestellt, bei denen die Patient*innen aufgrund einer Primärerkrankung (zum Beispiel Krebs) oder im Rahmen von U- und Vorsorgeuntersuchungen vorstellig werden.

Beispiel: Zugang zur Psychotherapie

Die Projekte „**GET Sleep**²⁶ – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“ und „**PREMA**²⁷ – eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung“ können herangezogen werden, um einzuschätzen, wie im Grundsatz vergleichbare Projekte mit gestuftem Versorgungsansatz im Innovationsfonds ausgestaltet werden (siehe Abbildung 9 A und B). Hier werden zunächst Onlineinterventionen durchgeführt, bevor Patient*innen der Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung angeboten wird. In den Projekten ist nach der Diagnostik keine systematische Abklärung des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs vorgesehen. Ein direkter Zugang zur Psychotherapie ist nicht vorgesehen und erfolgt in der Regel erst, wenn kein Erfolg durch vorgeschaltete Onlineinterventionen verzeichnet wurde.

Einen anderen Ansatz verfolgt das Projekt „**SmartAssistentz**²⁸ – Smartphone-assistierte Abstinenzförderung nach Alkoholzug“. Hier werden Patient*innen nach einem stationären Alkoholzug dabei unterstützt, passende Anschlussmaßnahmen in Anspruch zu nehmen und zu nutzen. Mittels Smartphone-gestützter Teliagnostik, begleitet durch wöchentliche Telefonate mit einer Psychotherapeut*in, werden individuell passende Anschlussmaßnahmen identifiziert und Patient*innen in diese überführt. Ergänzend enthält die App Trainingsmodule zur Förderung der Abstinenzmotivation der Patient*innen. Ziel der Versorgungsform ist es, die Inanspruchnahme der bereits existierenden Vielzahl von Behandlungsangeboten zu erhöhen und so häufige Rückfälle in die Alkoholabhängigkeit zu verhindern.

3.3.2 Identifizierte Trends

Insgesamt ist auch mit Blick auf den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ein großes Transparenzdefizit zu verzeichnen. In einigen Projekten bleibt es gänzlich unklar, ob oder von wem Entscheidungen über den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung getroffen werden. Klar ist jedoch, dass über den Zugang zur Psychotherapie oft keine Psychotherapeut*innen beraten und entscheiden (siehe Abbildung 9 A und B). Auch zielt die Mehrheit der geförderten Projekte nicht darauf ab, den primären Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu erleichtern. Das Potenzial der psychotherapeutischen Sprechstunde, die 2017 im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie eingeführt wurde, bleibt in den Projekten praktisch ungenutzt. Ausnahmen stellen hier die Projekte **NPPV**, bei dem Psychotherapeut*innen in einem Netzwerk mit anderen Fachärzt*innen, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen koordinieren, sowie das Projekt **SmartAssistentz** dar, bei dem Patient*innen nach einem stationären Aufenthalt gezielt durch approbierte Psychotherapeut*innen dabei unterstützt werden, die für sie richtige ambulante Anschlussbehandlung zu identifizieren und in Anspruch zu nehmen.

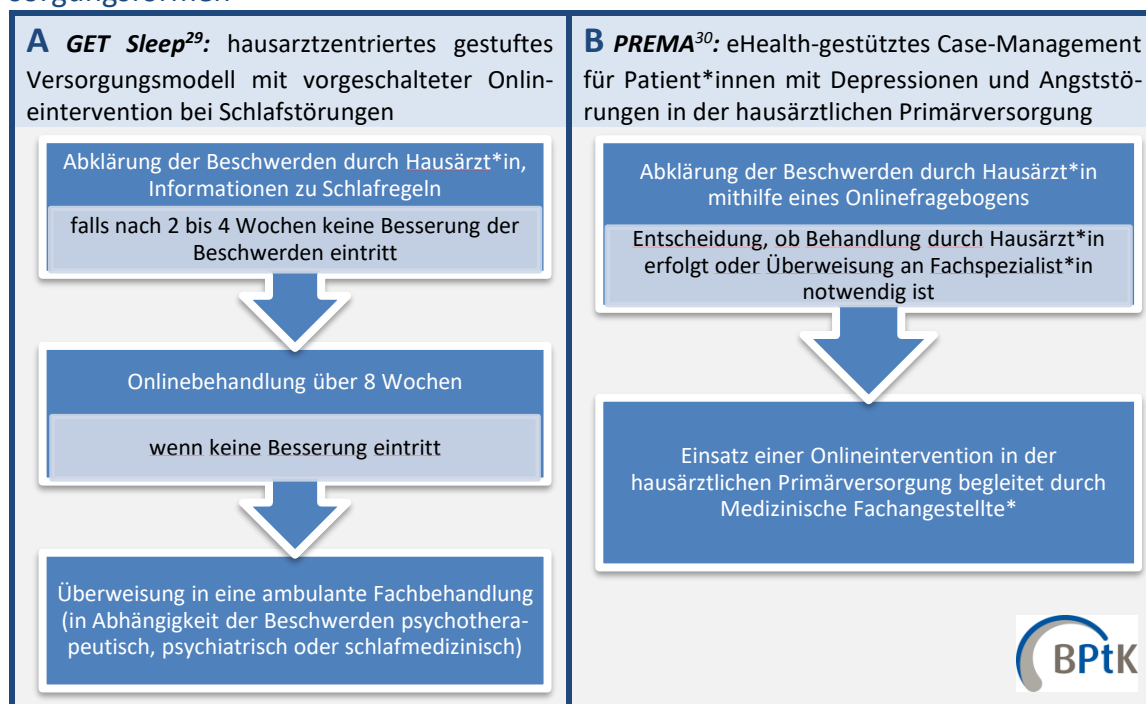
²⁶ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/get-sleep-stepped-care-modell-fuer-die-behandlung-von-schlafstoerungen.282>.

²⁷ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/prema-ehealth-gestuetztes-case-management-fuer-psychisch-erkrankte-in-der-hausaerztlichen-primarversorgung.182>.

²⁸ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/smartassistentz-smartphone-assistierte-abstinenzfoerderung-nach-alkoholentzug.277>.

In verschiedenen anderen Projekten wird dagegen in Kauf genommen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre Beschwerden mehrfach gegenüber verschiedenen Behandelnden darstellen müssen oder für sie gegebenenfalls unpassende Interventionen durchführen müssen, bevor ihnen der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglicht wird.

Abbildung 9: Beispiele für gestufte Versorgungsansätze aus dem Bereich neue Versorgungsformen



3.3.3 Keine Hürden zur psychotherapeutischen Versorgung aufbauen

„Wir wollen in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten reduzieren und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnen. Hierzu werden wir das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren, die Gruppentherapie fördern und den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, in einer gesetzlich definierten Frist die Psychotherapierichtlinie zu überarbeiten. Die bestehenden Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten werden wir überprüfen“.³¹ Mit diesen drei Sätzen haben CDU, CSU und SPD im Jahr 2013 ihre Eckpunkte für die Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Koalitionsvertrag umrissen. Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden entsprechend umfassende Reformen angestoßen. Eine wesentliche

²⁹ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/get-sleep-stepped-care-modell-fuer-die-behandlung-von-schlafstoerungen.282>.

³⁰ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/prema-ehealth-gestuetztes-case-management-fuer-psychisch-erkrankte-in-der-hausaerztlichen-primarversorgung.182>

³¹ S. 75 des Koalitionsvertrags von CDU, CSU und SPD in der 18. Legislaturperiode.

Reform betraf die Psychotherapie-Richtlinie, die einen schnelleren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen sollte.

Diesem Ziel des Gesetzgebers, den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu erleichtern, sollten die durch den Innovationsfonds geförderten Projekte nicht entgegenstehen. Bei der Auswahl der Projekte sollte daher sichergestellt werden, dass der Direktzugang zur psychotherapeutischen Versorgung nicht eingeschränkt wird.

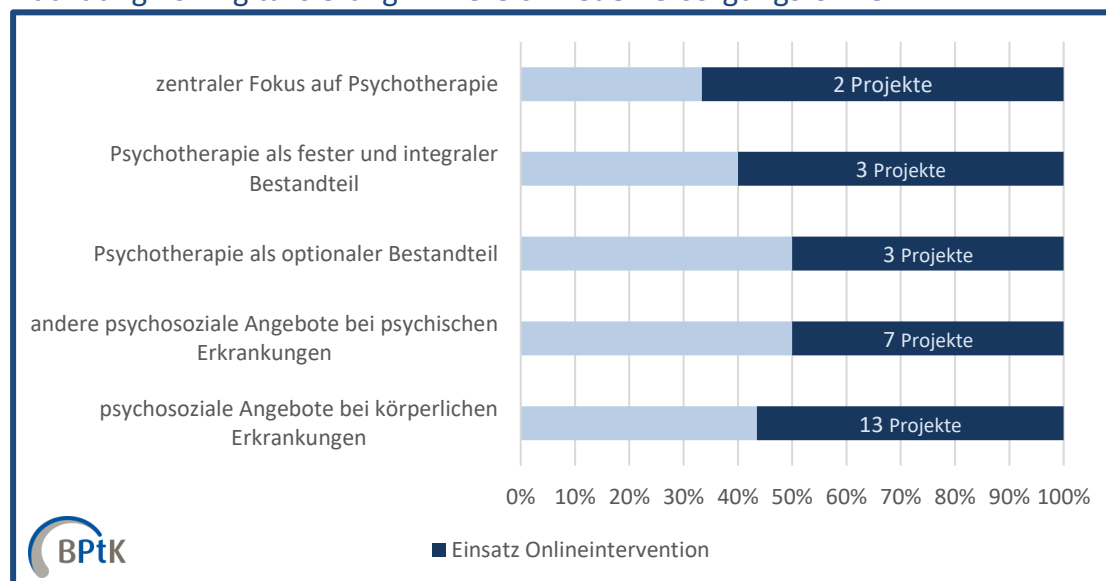
Versicherten mit psychischen Erkrankungen dürfen keine Hürden beim Zugang zur Psychotherapie aufgebürdet werden. Dazu gehört, dass kein regelhafter Wechsel zwischen Leistungserbringer*innen, die Erstgespräche zur Diagnostik und Indikationsstellung durchführen, und Leistungserbringer*innen, die die anschließende psychotherapeutische Versorgung übernehmen, vorgesehen wird. Berücksichtigt werden muss vielmehr, dass es für Menschen mit psychischen Erkrankungen oftmals eine enorme, hoch schambesetzte seelische Belastung darstellen kann, mehrfach gegenüber verschiedenen Behandelnden ihre Beschwerden zu schildern. Zudem sollte sichergestellt werden, dass Versorgungsangebote in Innovationsfondsprojekten nicht hinter bestehenden Leistungsansprüchen in der Regelversorgung zurückbleiben.

3.4 Digitalisierung

3.4.1 Einsatz digitaler Anwendungen als Komponente der Behandlung

Die Projekte im Innovationsfonds sind insgesamt durch ein hohes Maß an Digitalisierung geprägt. Sowohl bei den Psychotherapieprojekten (8 von 14 Projekten) als auch bei den Projekten mit psychosozialen Interventionen (20 von 34 Projekten) werden in mehr als der Hälfte der Fälle Onlineinterventionen eingesetzt (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: Digitalisierung im Bereich neue Versorgungsformen



Die Zielsetzungen beim Einsatz digitaler Anwendungen unterscheiden sich dabei stark zwischen den Projekten (siehe Anhang 2). Den Auswertungen der BPtK zufolge werden digitale Anwendungen bei Interventionen mit Psychotherapiebezug und psychosozialen Interventionen bei psychischen Erkrankungen mit folgenden Zielen eingesetzt:


Zielsetzung digitaler Anwendungen in den neuen Versorgungsformen:

- Screening, Unterstützung von Diagnostik und Indikationsstellung
- der Inanspruchnahme einer Psychotherapie vorgeschaltetes Angebot
- Unterstützen, Ergänzen und Ersetzen psychotherapeutischer Interventionen
- Alltagstransfer von Fähigkeiten im Anschluss an Interventionen
- Kommunikations- und Informationsplattform für Betroffene und Behandelnde
- Überbrücken von Versorgungsengpässen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten

In den Projekten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Belastungen werden digitale Anwendungen einer Psychotherapie vorgeschaltet. Sie ergänzen oder ersetzen eine Psychotherapie. In einem der Psychotherapieprojekte ist die Onlineintervention der eigentlichen Psychotherapie vorgeschaltet. Vier der Projekte ermöglichen Onlineinterventionen in Kombination mit Psychotherapie. In drei Psychotherapieprojekten werden Onlineinterventionen als Behandlungselement anstatt einer psychotherapeutischen Intervention eingesetzt (siehe Abbildung 12). Eine generelle Bewertung des Nutzens und der Risiken digitaler Anwendungen in der Versorgung ist kaum möglich, da der Einsatz der Anwendungen sehr heterogen erfolgt (siehe Abbildung 11). Insgesamt ist jedoch zu beobachten, dass Onlineinterventionen in den vom Innovationsfonds geförderten Projekten zu Neuen Versorgungsformen teilweise so eingesetzt werden, dass sie den Zugang zur Psychotherapie erschweren.

Abbildung 11: Einsatzzwecke digitaler Anwendungen im Bereich neue Versorgungsformen

<p><i>Diagnostik und Indikationsstellung</i></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Online-Screening➤ App-basierte Telediagnostik zur Identifikation der individuell passenden Anschlussmaßnahmen
<p><i>Behandlung</i></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Online-Videopsychotherapie➤ Onlineintervention mit therapeutischer Begleitung➤ Onlineintervention mit Begleitung durch Medizinische Fachangestellte* oder andere nicht-therapeutische Fachkraft➤ Onlineintervention ohne Begleitung durch Fachkraft (Selbsthilfe- und Trainingsangebot)
<p><i>Kommunikationsplattform</i></p> <ul style="list-style-type: none">➤ E-Health-Plattform mit Chatfunktion und Videosprechstunde für Betroffene➤ Koordinationsplattform für Behandelnde



Beispiel: Vorgeschaltete und ergänzende Onlineinterventionen

Das Projekt „**Recover**³² – Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen“ setzt ein gestuftes Versorgungskonzept für Menschen mit psychischen Erkrankungen ab einem Alter von 16 Jahren ein. Im Fokus steht die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Hausärzt*innen, Krankenhäusern, Arbeitgeber*innen und Angehörigenverbänden. Die Diagnostik und schweregradabhängige Indikationsstellung für den individuellen Behandlungspfad erfolgt innerhalb eines Interdisziplinäres Zentrums durch ein multidisziplinäres Team mit einer Psychotherapeut*in und/oder Fachärzt*in. Bei der Behandlung selbst kommen unter anderem verschiedene E-Mental-Health-Module zum Einsatz. Diese kommen bei leichtem Schweregrad der Erkrankung vor einer weiteren Behandlung zum Einsatz und werden bei schwerwiegenderen Erkrankungen in Ergänzung zu einer ambulanten Psychotherapie eingesetzt. Zu den Komponenten des E-Mental-Health-Angebots gehören eine adaptive eDiagnostik, störungsspezifische eTherapie-Programme und ein psychoedukatives eLearning-Modul. Außerdem besteht die Möglichkeit, über die Onlineplattform Kontakt zu einer Therapeut*in aufzunehmen – vorausgesetzt die Patient*in hat sich im Vorfeld für eine therapeutische Unterstützung während der Durchführung des eTherapie-Programmes entschieden.

3.4.2 Einsatz digitaler Anwendung zur Behandlungscoordination

Neben Onlineinterventionen werden digitale Anwendungen auch als Kommunikations- und Koordinationsplattformen für Behandelnde eingesetzt, über die sektorenübergreifende Versorgung gesteuert und überwacht werden kann. Diese sind häufig Teil von Gesamtversorgungskonzepten bestimmter Regionen oder Patientengruppen (siehe Abbildung 8). In fünf dieser 14 Projekte kommen entsprechende Plattformen zum Einsatz. Auch bei einem Viertel der psychosozialen Interventionsprojekte für körperlich erkrankte Menschen (6 von 23 Projekten) finden entsprechende Plattformen Verwendung. Dass auch die psychotherapeutische Versorgung von einer verbesserten Vernetzung von Leistungserbringer*innen profitieren könnte, findet in den Projekten bislang wenig Beachtung. Nur in einem der Psychotherapieprojekte können Psychotherapeut*innen eine digitale Plattform zur Kommunikation mit anderen Behandelnden nutzen. Die Chancen einer digitalen Vernetzung zwischen Psychotherapeut*innen und anderen Leistungserbringer*innen, beispielsweise zur Abstimmung differentialdiagnostischer Abklärungen, pharmakologischer Behandlungen und der Behandlung komorbider somatischer Erkrankungen, bleiben damit ungenutzt.

Beispiel: Kommunikations- und Dokumentationsplattform für Behandelnde

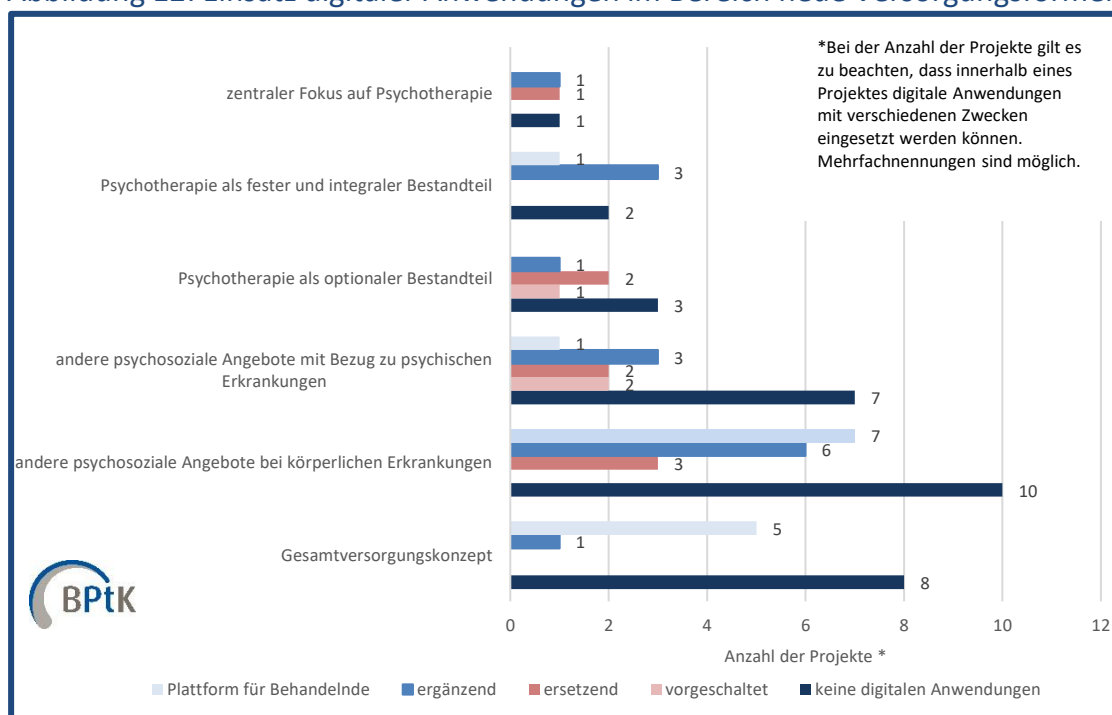
Das Projekt „**NPPV**³³ – Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen“ ermöglicht die Koordinierung und Vernetzung zwischen psychotherapeutischen und ärztlichen Praxen. Hier arbeiten Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen der Kassen-

³² Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/recover-modell-der-sektoreneuebergreifend-koordinierten-schweregradgestuften-evidenzbasierten-versorgung-psychischer-erkrankungen.85>.

³³ Projektbeschreibung abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/nppv-verbesserte-versorgung-psychischer-und-neurologischer-erkrankungen.69>.

ärztlichen Vereinigung Nordrhein gemeinsam an einer abgestuften und koordinierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Patient*innen erhalten so ohne lange Wartezeiten Zugang zu entsprechenden Behandlungsangeboten, wie Einzel- und Gruppentherapie, Online-Selbsthilfe oder Unterstützung durch die Sozialen Dienste. Über eine gemeinsame IT-gestützte Informations- und Kommunikationsstruktur sind alle teilnehmenden Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen über die Behandlung informiert. Unterstützt werden sie bei dieser Arbeit durch regionale Netzwerkmanager*innen.

Abbildung 12: Einsatz digitaler Anwendungen im Bereich neue Versorgungsformen



3.4.3 Identifizierte Trends

Insgesamt zeichnen sich die durch den Innovationsfonds geförderten Projekte für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Belastungen durch ein hohes Maß an Digitalisierung aus. Dabei sind die Zielsetzungen, die mit dem Einsatz der digitalen Anwendungen verbunden sind, sehr heterogen. Neben digitalen Anwendungen, die zur Intensivierung und Unterstützung psychotherapeutischer Behandlungen eingesetzt werden, lässt sich auch eine Reihe an Projekten identifizieren, bei denen der Einsatz der digitalen Anwendung den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erschwert oder diese ersetzt. Der Einsatz digitaler Anwendungen wird mehrfach mit der Notwendigkeit begründet, Versorgungsengpässe in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu überbrücken. Statt Lösungen für die psychotherapeutische Versorgung vor Ort zu finden, die bestehenden Behandlungsstandards entspricht, werden Patient*innen in diesen Projekten teilweise mit einer automatisierten Onlineintervention versorgt. In Kauf genommen wird damit, dass in der Regelversorgung bestehende Standards bezüglich der Struktur- und Prozessqualität bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zugunsten digitaler Anwendungen aufgehoben werden.

3.4.4 Digitalisierung nutzen, ohne Patient*innen zu gefährden

Digitale Anwendungen bieten Chancen für die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. Sichergestellt werden muss jedoch, dass bestehende Qualitätsstandards nicht untergraben und Patient*innen nicht gefährdet werden.³⁴ Bei der Nutzung digitaler Anwendungen müssen fachliche Standards und Sorgfaltspflichten wie in jeder psychotherapeutischen Behandlung eingehalten werden. Dazu gehört, dass insbesondere Diagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung im unmittelbaren persönlichen Kontakt erfolgen müssen. Während der Behandlung ist die Therapieüberwachung durch Psychotherapeut*innen oder Ärzt*innen zu gewährleisten. Während einer Behandlung kann es zu psychischen Krisen kommen, in denen die Patient*in kurzfristig eine qualifizierte Ansprechpartner*in benötigt, um Selbstschädigungen oder einen Suizid zu verhindern. Patient*innen müssen, auch wenn sie digitale Anwendungen nutzen, darüber informiert sein, was sie in psychischen Krisen tun sollten und an wen sie sich wenden können. Fachliche Standards und Sorgfaltspflichten verlangen deshalb stets den Verlauf der Behandlung zu überwachen.

Verhindert werden muss zudem, dass der Einsatz digitaler Anwendungen einen reinen Selbstzweck darstellt, ohne dass dadurch eine tatsächliche Versorgungsverbesserung für Menschen mit psychischen Erkrankungen erreicht wird. Gleichmaßen dient es nicht der Verbesserung der Versorgung, wenn digitale Anwendungen als vorgeschaltete Interventionen genutzt werden, um weitere Hürden beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung aufzubauen.

³⁴ BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2019). BPtK-Standpunkt: Gesundheits-Apps nutzen, ohne Patienten zu gefährden. Zur Digitalisierung in der Psychotherapie. Abrufbar unter: www.bptk.de.

4 Methodik

4.1 Datengrundlage

Die Ergebnisse der BPTK-Studie beruhen auf Auswertungen der BPTK aller durch den Innovationsfonds geförderten Projekte im Bereich *neue Versorgungsformen*. Diese Projekte sollen darauf abzielen, die sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern, und genug Potenzial haben, um dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden (§ 92a SGB V).

Zur Auswertung der Projekte des Innovationsfonds wurde auf die vom G-BA veröffentlichte Übersicht der Förderprojekte zurückgegriffen (<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/>). Zum Stichtag der Auswertungen, dem 31. Juli 2020, waren hier Abstracts zu insgesamt 150 Projekten im Bereich *neue Versorgungsformen* aufgeführt. Die gelisteten Projekte, die die Basis dieser Auswertung sind, beinhalten alle 150 Förderungen Neuer Versorgungsformen der Ausschreibungen vom 8. April 2016 bis zum 19. Oktober 2018 (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht über Eingänge und Förderung neuer Versorgungsformen (NVF)³⁵

Förderbekanntmachung	Anzahl Anträge	Beantragte Fördermittel in Mio. €	Beschlussdatum	Geförderte Projekte	Fördermittel in Mio. €
NVF 2016 vom 8. April 2016	120	868	20. Okt. 2016	29	210,7
NVF 2016 vom 11. Mai 2016	107	485	16. März 2017	26	111,6
NVF 2017 vom 20. Februar 2017	69	260	19. Okt. 2017	26	101,1
NVF 2018 vom 20. Oktober 2017	93	439,8	19. Okt. 2018	38	187,6
NVF 2019 vom 19. Oktober 2018	89	499,9	16. Okt. 2019	31	167,9
NVF 2020 vom 12. Dezember 2019	73	421,8			
gesamt	551	2.974,5		150	778,9

³⁵ Gemeinsamer Bundesausschuss. *Der Innovationsfonds: Stand der Dinge (2020)*. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/Der-Innovationsfonds-im-Ueberblick_2020-05-18.pdf.

Die gelisteten Projekte wurden von zwei unabhängigen Raterinnen auf Grundlage der vom G-BA veröffentlichten Projektbeschreibungen (<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/>) in Bezug auf verschiedene inhaltliche Aspekte hin untersucht. Wenn immer möglich, wurden weiterführende Informationen zur Zielsetzung, dem Ablauf und der Umsetzung der Projekte eingeholt. Neben den Kurzbeschreibungen der Projekte konnte bei 48 der 150 Förderprojekte im Bereich neue Versorgungsformen zusätzlich auf projektspezifische Homepages und Pressemitteilungen zurückgegriffen werden. Abweichungen in der Einschätzung der Raterinnen wurden diskutiert und unter Einbezug zusätzlicher Informationsquellen gelöst. Spezifische Rückfragen zu neun Projekten wurden direkt von den Kontaktpersonen und Verantwortlichen der Projekte beantwortet.

4.2 Klassifizierung der Förderprojekte

In einem ersten Schritt wurden alle Kurzbeschreibungen bisher geförderter Projekte gescreent und der jeweilige Projektfokus bestimmt. Geförderte Projekte ohne Bezug zu psychischen Erkrankungen oder zu psychosozialen Interventionen (n = 85) wurden in die weiteren Auswertungen nicht mit einbezogen. Projekte mit Bezug zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder psychischen Belastungen sowie Gesamtversorgungsmodelle (n = 65) wurden in folgende Kategorien unterteilt:

- 1) zentraler Fokus auf Psychotherapie (n = 3),
- 2) Psychotherapie als fester und integraler Bestandteil (n = 5),
- 3) Psychotherapie als optionaler Bestandteil (n = 6),
- 4) andere psychosoziale Angebote mit Bezug zu psychischen Erkrankungen (n = 14),
- 5) andere psychosoziale Angebote bei körperlichen Erkrankungen (n = 23),
- 6) Gesamtversorgungskonzepte (n = 14).

Diese Kategorisierung der Stellung psychotherapeutischer Leistungen und Angebote erfolgte auf Grundlage einer Modelltypologie, wie sie in einer früheren Studie zur Bewertung psychotherapeutischer Versorgungsformen entwickelt worden ist.³⁶ Ein *zentraler Fokus auf Psychotherapie* liegt demnach vor, wenn psychotherapeutische Leistungen im Mittelpunkt der Versorgungsform stehen und weitere Leistungsangebote nur nachrangig oder in Ergänzung möglich sind. *Psychotherapie als fester und integraler Bestandteil* ist dann gegeben, wenn psychotherapeutische Leistungen neben weiteren Leistungen ein fester Bestandteil der Versorgungsform sind. Die Bewertung von *Psychotherapie als optionaler Bestandteil* erfolgt dann, wenn psychotherapeutische Leistungen in der Versorgungsform nur eine untergeordnete Rolle spielen, bei Bedarf jedoch genutzt werden können.

Bei allen Versorgungsformen, die zentral oder ergänzend psychosoziale Angebote einsetzen, wurde unterschieden, ob das Projekt primär auf die Versorgung somatischer oder psychischer Erkrankungen abzielt. Ein Bezug zu psychischen Erkrankungen wurde allerdings

³⁶ Lehmann, B. & Bohm, S. (2017). *Neue ambulante psychotherapeutische Versorgungsformen und -angebote außerhalb der Richtlinienpsychotherapie: Sichtung und Bewertung von laufenden Modellen und Entwicklungen*. Berlin: AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH. <https://www.dqvt-bv.de/aktuell/studie-versorgungsmodelle>.

auch dann verzeichnet, wenn sowohl somatische als auch psychische Erkrankungen zur Indikation der Versorgungsform gehören. Ein Beispiel hierfür wäre eine psychosoziale Intervention zur Behandlung von Schmerzen, die als Indikation Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen im ICD-10 beinhaltet.

Gesamtversorgungskonzepte wurden dann identifiziert, wenn das Projekt die (sektorenübergreifende) Versorgung einer gesamten Region bzw. einer gesamten Patientengruppe vorsieht.

4.3 Weiterführende Auswertung der Projekte

Im weiteren Verlauf wurden sämtliche Projekte mit Bezug zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychischen Belastungen sowie Gesamtversorgungskonzepte hinsichtlich weiterer Aspekte bewertet. Folgende Variablen wurden in der Auswertung berücksichtigt:

- Einbezug von Psychotherapeut*innen oder Psycholog*innen in die Intervention,
- Zielgruppe der Intervention (Erwachsene, Kinder und Jugendliche, gemischt),
- umgesetzte Versorgungsansätze (u. a. indizierte Prävention, gestufte Versorgung),
- Einsatz von digitalen Anwendungen und die Art des Einsatzes (der Psychotherapie vorgeschaltet, Psychotherapie-ersetzend, Psychotherapie-ergänzend, Plattform für Behandelnde),
- Rolle der psychosozialen Komponente bei Projekten ohne Psychotherapiebezug (zentraler Aspekt, ergänzender Aspekt),
- Zielgruppe des Gesamtversorgungskonzepts (regionales Gesamtversorgungskonzept, Versorgung im Alter, Versorgung multimorbider Menschen, sonstiges).

5 Anhang

Anhang 1: Übersicht über geförderte Projekte im Bereich neue Versorgungsformen mit Psychotherapiebezug

Psychotherapie als zentraler Fokus		
ImPuls	Psychische Erkrankung	sporttherapeutische Intervention zur Überbrückung der Wartezeit auf Therapieplatz
PSYCHOnlineTHERAPIE	Depression, Angst- krankungen	Onlinetherapie zum Ersatz jeder 2. Psychotherapiesitzung
STEP.De	Depression	Sporttherapie zur Ergänzung der psychotherapeutischen Regelversorgung
Psychotherapie als fester und integraler Bestandteil		
3für1	(Vor-)Schulkinder	Aufsuchende Diagnostik und Intervention innerhalb des (vor-)schulischen Systems
CHIMPS-NET	Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern	Stepped-Care-Modell mit Präventionsangebot, familienorientierter Therapie und ergänzender Onlinetherapie
NPPV	Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen	Gestufte koordinierte Versorgung (Ziel: Erleichterung des Zugangs zu PT und fachärztlicher Versorgung)
PSY-KOMO	somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	Interdisziplinäres Versorgungsnetzwerk (Ziel: Erleichterung des Zugangs zur somatischen Regelversorgung und multiprofessionelle Behandlung)
RECOVER	Menschen ab 16 Jahren mit psychischer Erkrankung	sektorenübergreifend-koordinierte, schweregradgestufte Versorgung
Psychotherapie als optionaler Bestandteil		
Das CARE for CAYA-Programm	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (15 - 39 Jahre) nach einer überstandenen Krebsbehandlung	Nachsorge in den Bereichen Sport, Ernährung und Psychoonkologie
GBV	Schwere psychische Erkrankung (Diagnosegruppen F2 bis F6) und deutliche Einschränkung in psychosozialen Kompetenzen	ambulant-aufsuchende psychosoziale Gesamtversorgung
GET Sleep	Schlafstörungen	hausarztzentriertes gestuftes Versorgungsmodell mit vorgeschalteter Onlineintervention
isPO	Krebserkrankungen	Früherkennung psychosozialer Belastung, psychoonkologische Versorgung

RTW-PIA	Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankung	Stufenweise Wiedereingliederung begleitet durch multiprofessionelles Behandlungsteam
SCAVIS	Internetbezogene Störung	gestuftes Versorgungsmodell mit Präventions- und Online-Behandlungselementen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Anhang 2: Einsatz digitaler Anwendungen in Projekten mit Psychotherapiebezug und psychosozialen Interventionen bei psychischen Erkrankungen

CARE-FAM-NET	Onlineintervention mit therapeutischer Begleitung (basierend auf Prinzipien der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schreibtherapie) für die Eltern von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Erkrankungen (Vergleich zu Familienintervention oder Kombination von Familien- und Onlineintervention)
CHIMPS-NET	Stepped-Care-Modell mit Präventionsangebot, familienorientierter Therapie und ergänzender Onlinetherapie für Kinder psychisch kranker und suchtkrankter Eltern → Onlineintervention mit therapeutischer Begleitung für ländliche Regionen
GET Sleep	Onlineintervention bei Schlafstörungen (begleitet von HA); Psychotherapie erst dann, wenn 8-wöchige Onlineintervention nicht erfolgreich
i²TransHealth	E-Health-Plattform für transsexuelle Menschen (mit Chatfunktion und Videosprechstunde)
AOKTrio	Online-Coach, um nahtlosen Übergang von Jugend- zu Erwachsenenmedizin zu gewährleisten
ImPuls	Sporttherapeutische Intervention zur Überbrückung der Wartezeit auf Therapieplatz → App im Anschluss an Intervention zum Transfer in den Alltag
isPO	IT-gestütztes, gestuftes Vorgehen zur Sicherung der psychoonkologischen Versorgung
KOMPASS	internetbasiertes Screening bei substanzbezogenen Störungen, bei positivem Befund Diagnostik im persönlichen Kontakt
Mind: Pregnancy	weiterführendes onlinebasiertes Selbsthilfeangebot mit Achtsamkeitstrainings und Methoden der Verhaltenstherapie zur Steigerung der Selbstwirksamkeit von Schwangeren
NPPV	IT-gestützte Koordinationsplattform und Online-Selbsthilfe bei Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen
PREMA	eHealth-gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung; Onlineintervention begleitet durch MFA
PSYCHOnlineTHERAPIE	untersucht den Ersatz jeder 2. PT-Sitzung durch Onlineinterventionen
RECOVER	eHealth-Plattform und eHealth-Therapie abhängig vom Schweregrad der psychischen Erkrankung
SCAVIS	gestuftes Versorgungsmodell mit Präventions- und Online-Behandlungselementen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements bei internetbezogenen Störungen; Online-Video psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeut*innen
SmartAssistEntz	Förderung der Abstinenzmotivation nach stationärem Entzug durch App-basiertes Training von Abstinenzkompetenz, App-basierte Telediagnostik zur Identifikation der individuell passenden Anschlussmaßnahmen