



RECOVER-Versorgungsmodell:

Gestufte und sektorenübergreifend-integrierte (koordinierte) Versorgung

Kompetenzzentrum für Integrierte Versorgung psychischer Erkrankungen

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gefördert durch



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Impressum

Dieses Manual wurde im Original auf Deutsch veröffentlicht von Prof. Dr. Martin Lambert, Prof. Dr. Jürgen Gallinat und Prof. Dr. Anne Karow, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel: +49 (0) 40 7410 - 24041 | Mail: lambert@uke.de

Autoren:

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UKE

- Prof. Dr. Martin Lambert
- Prof. Dr. Anne Karow
- Prof. Dr. Jürgen Gallinat
- Dr. Daniel Lüdecke
- Dr. Constanze Finter
- Dipl. Psych. Vivien Kraft
- Dr. Dipl. Psych. Anja Rohenkohl



Strategischen Unternehmensentwicklung, UKE

- Susann Nagl
- Dr. Gunda Ohm

Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe

- Prof. Dr. Arno Deister
- Dr. Rolf Michels



Layout: Sabine Wuttke (UKE)

Das Manual wurde als Teil von RECOVER erstellt. RECOVER ist das Synonym für ein neues Versorgungsmodell für Menschen mit psychischen Erkrankungen. RECOVER umfasst eine sektorenübergreifend-koordinierte, schweregradgestufte und evidenzbasierte Versorgung. RECOVER wird von 2017 bis 2021 durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

Copyright / Urheberrechtsbelehrung

© Prof. Dr. Martin Lambert, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf © 2021

Inhalte, Materialien, gestalterische Konzeption des Manuals unterliegen – sofern nicht anders gekennzeichnet – dem Copyright des RECOVER Konsortiums vertreten durch Erstautor, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, oder werden mit Erlaubnis der Rechteinhaber veröffentlicht. Jede Verlinkung, Vervielfältigung, Verbreitung, Sendung und Wieder- bzw. Weitergabe der Inhalte ist ohne schriftliche Einwilligung des RECOVER Konsortiums vertreten durch Erstautor, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ausdrücklich untersagt.

Abkürzungsverzeichnis

ACT	– Assertive Community Treatment
AID	– Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungsplanung und -Organisation
AU	– Arbeitsunfähigkeit
BASFI	– Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg
BAuA	– Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGV	– Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
BMG	– Bundesministerium für Gesundheit
BPS	– Borderline-Persönlichkeitsstörungen
CARE	– Akutbehandlung im häuslichen Umfeld
CGI	– Clinical Global Impression Scale (Schwere der Erkrankung)
CM	– Case Management
CMD	– Common Mental Disorder
CRT	– Crisis Resolution Team
DGPPN	– Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DRV	– Deutsche Rentenversicherung
EIS	– Early Intervention Services
EPS	– Early Psychosis Service
EP	– Erwachsenenpsychiatrie
eRECOVER	– E-Mental-Health Plattform
FACT	– Flexibles Assertive Community Treatment
FES	– Friedrich-Ebert-Stiftung
GAF	– Global Assessment of Functioning Scale (Funktionsniveau)
ICM	– Intensives Case Management
IV	– Integrierte Versorgung
KJP	– Kinder- und Jugendpsychiatrie
MDK	– Medizinischer Dienst der Krankenkassen
OECD	– Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PE	– Patienteneinwilligungserklärung
PIA	– Psychiatrische Institutsambulanz
PS	– Psychotische Störungen
SE	– Supported Employment
TACT	– Therapeutisches Assertive Community Treatment
SGB	– Sozialgesetzbuch
SMI	– Severe Mental Illness
SpD	– Sozialpsychiatrischer Dienst
StäB	– Stationsäquivalente Behandlung
TACT	– Therapeutisches Assertive Community Treatment
UKE	– Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Vorwort

Sehr geehrte
Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Interessierte,

Etwa **27 % der Bevölkerung** in Deutschland sind pro Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen. Für ihren Alltag relevante Einbußen des Funktionsniveaus durch eine psychische Erkrankung haben etwa 20%. Dies entspricht etwa 22 Millionen Menschen mit einer psychischen Erkrankung und etwa 17 Millionen Menschen mit Alltagsfunktionseinschränkungen durch eine psychischen Erkrankung. Innerhalb der 20% Betroffenen mit relevanten Funktionseinbußen durch eine psychische Erkrankung bestehen erhebliche Unterschiede bezüglich des Schweregrades der Erkrankung. Es weisen etwa 9-12% einen leichten, 4-6% einen mittelgradigen und 1-2% einen hohen Krankheitsschweregrad auf. Weitere 1-2% haben eine sog. schwere psychische Erkrankung, also eine psychische Erkrankung, deren Schwere zu einer dauerhaften und sehr stark ausgeprägten Einschränkung ihres Funktionsniveaus führt.

Die durch psychische Erkrankungen entstehenden direkten und indirekten Kosten für die deutsche Gesellschaft sind bereits heute sehr hoch und steigen fortlaufend: zwischen 2011 und 2015 ist der Anteil der direkten und indirekten Kosten für psychische Erkrankungen am Bruttoinlandsprodukt von **3,8%**

auf 4,8% gestiegen (2011: ca. 122 Milliarden €; 2015: ca. 146 Milliarden €).

Diese ständig steigenden Kosten werden zu einem großen Teil durch **strukturelle Probleme des deutschen Versorgungssystems** verursacht. Die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), die Sachverständigenräte für das Gesundheitswesen und die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, Fachgesellschaften (DGPPN, DGKJP), Expertengremien, Behandlungsleitlinien der DGPPN sowie Patienten- und Angehörigenverbände empfehlen daher **drei wesentliche Maßnahmen für das deutsche Gesundheitssystem:**

- die Einführung einer gestuften und sektorenübergreifend-integrierten (koordinierten) Versorgung,
- die Einführung von aufsuchenden Behandlungsmodellen für Menschen in akuten Krankheitsphasen einer psychischen Erkrankung und für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und
- die Einführung und Integration von evidenzbasierter digitaler Diagnostik und Therapie.

Diese drei zentralen Maßnahmen sind nicht unabhängig voneinander zu sehen. Vielmehr sind in einer evidenzbasierten gestuften und sektorenübergreifend-integrierten (koordinierten) Versorgung aufsuchende Behandlungsmodelle, digitale Diagnostik und Therapie sowie noch darüber hinausgehende Maßnahmen systematisch integriert und sinnvoll koordiniert.

RECOVER ist das Synonym für ein Versorgungsmodell, welches eine **gestufte und sektorenübergreifend-integrierte (koordinierte) Versorgung** beinhaltet. Die evidenzbasierte Entwicklung, Implementierung und Erprobung des RECOVER Versorgungsmodells wurde durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) von 2017 bis 2020 gefördert.

Das **übergeordnete Ziel von RECOVER** ist es, die Versorgung der Betroffenen und ihrer Angehörigen durch eine strukturierte sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer (u.a. SGB V, IX und VII) und gezielte Ergänzungen des Versorgungssystems, insbesondere für die Behandlung von schwerer erkrankten Betroffenen, evidenzbasiert und nachhaltig zu verbessern.

Das vorliegende Manual informiert umfassend über das RECOVER-Versorgungsmodell und gliedert sich in folgende Inhalte:

- 1) Gesundheitspolitische Ausgangslage
- 2) Evidenzbasierte Grundlagen der gestuften und integrierten Versorgung
- 3) Das RECOVER-Modell mit Versorgungskomponenten und Versorgungsprozessen

Das RECOVER-Versorgungsmodell kann somit als Umsetzungsvorlage aufgefasst werden, mit dem Ziel, das deutsche Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen strukturierter, zugänglicher, wirksamer und effizienter zu machen.

Die in diesem Manual gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Die Autoren



Inhalt

Impressum	2	3. Kapitel: Das RECOVER-Versorgungsmodell	19
Abkürzungsverzeichnis	3	3.1 Indikationen	21
Vorwort	4	3.2 Versorgungskomponenten	21
1. Kapitel: Gesundheitspolitische Rationalen und Grundlagen	8	3.2.1 Sektorenübergreifendes Versorgungsnetzwerk mit Versorgungsleitstelle	21
1.1 Epidemiologie psychischer Erkrankungen	8	3.2.2 Versorgungszugang	21
1.2 Folgen psychischer Erkrankungen	10	3.2.3 Multiprofessionelles und interdisziplinäres AID- und CARE-Team	21
1.3 Versorgungsdefizite	10	3.2.3.1 Diagnostik, gestufte Indikation, Behandlungsplanung, Behandlung, Managed Care	22
1.4 Handlungsbedarfe und Empfehlungen	11	3.2.3.2 Flexible Akutbehandlung nach dem Modell des Crisis Resolution Team (CRT)	22
2. Kapitel: Grundlagen der gestuften und integrierten Versorgung	13	3.2.4 Gestufte und integrierte Versorgung	23
2.1 Gestufte Versorgung	13	3.2.4.1 Stufe 1 – leichter Schweregrad	23
2.2 Integrierte Versorgung	15	3.2.4.2 Stufe 2 – mittelgradiger Schweregrad	24
2.2.1 Sektorenübergreifendes Versorgungsnetzwerk mit Versorgungsleitstelle	15	3.2.4.3 Stufe 3 – hoher Schweregrad	24
2.2.2 Sektorenübergreifende Versorgungsprozesse	15	3.2.4.4 Stufe 4 – Schwere psychische Erkrankung	25
2.3 Evidenz von integrierten Behandlungsmodellen und Therapien	16	3.3 Sektorenübergreifende Versorgungsprozesse	26
2.3.1 Crisis Resolution Team (CRT)	16	3.4 Begleitforschung	26
2.3.2 Assertive Community Treatment (ACT)	17	4. Kapitel: Transfer	27
2.3.3 Digitale Diagnostik und Therapie	17	4.1 Gestufte und integrierte Versorgung im Klinikum Itzehoe	27
		Literatur	30

Gesundheitspolitische Rationalen und Grundlagen



1.1 Epidemiologie psychischer Erkrankungen

Etwa **27 % der Bevölkerung** sind pro Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen¹, relevante Einbußen des Funktionsniveaus (u.a. hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit) haben durch eine psychische Erkrankung ca. **20%** (siehe Abbildung 1).²

Es bestehen **erhebliche Unterschiede bzgl. des Schweregrades** der psychischen Erkrankung. Be-

zogen auf die Gesamtbevölkerung schätzt man, dass pro Jahr ca. 9-12 % einen leichten, 4-6 % einen mittleren und 1-2 % einen hohen Schweregrad einer psychischen Erkrankung haben.² Weitere 1-2 % haben eine sog. **schwere psychische Erkrankung**, deren Schwere zu einer dauerhaften und ausgeprägten Einschränkung des Funktionsniveaus führt (z.B. Erwerbsunfähigkeit oder Institutionalisierung).³

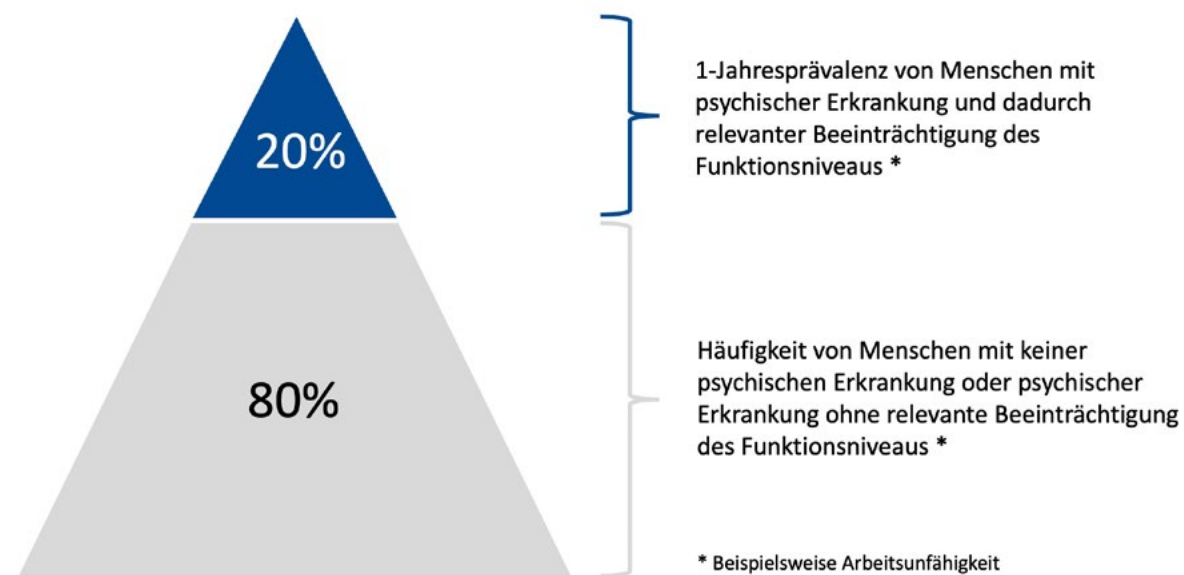


Abb. 1 1-Jahresprävalenz von relevanten psychischen Erkrankungen

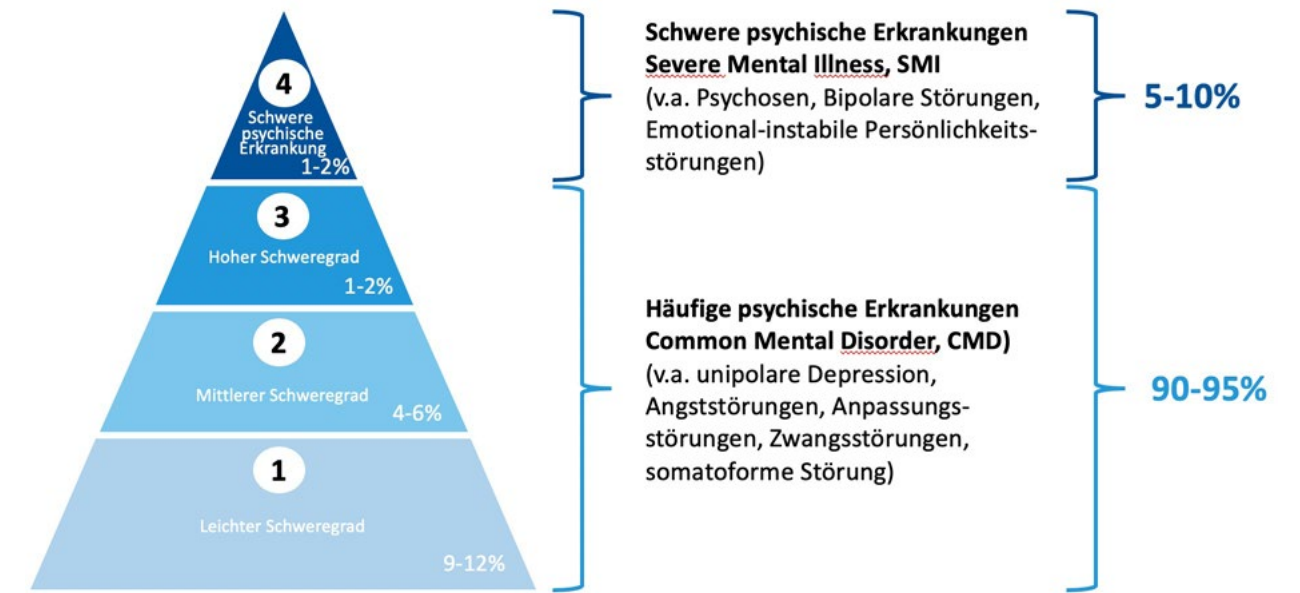


Abb. 2 Schweregradverteilung innerhalb der 20% Betroffenen mit relevanten psychischen Erkrankungen

Ein weiteres Unterscheidungskriterium sind sog. **Common Mental Disorders** (fortan **CMD** genannt) versus sog. **Severe Mental Illnesses**, also schwere psychische Erkrankungen (fortan **SMI** genannt; siehe Abbildung 2 und 3).⁴ Eine CMD ist eine psychische Erkrankung mit einer hohen Prävalenz, jedoch mit einem relativ geringen Risiko für die Entwicklung einer schweren psychischen Erkrankung (siehe Ab-

bildung 3). Ein großer Teil dieser Erkrankungen ist leicht oder mittelgradig ausgeprägt, die Einschränkungen durch die Krankheitssymptomatik sind zu meist vorübergehend.⁵ Hierzu zählen beispielsweise unipolare Depressionen, Angststörungen oder somatoforme Störungen. Bezogen auf alle psychischen Erkrankungen gehören 90-95% zu den CMD.

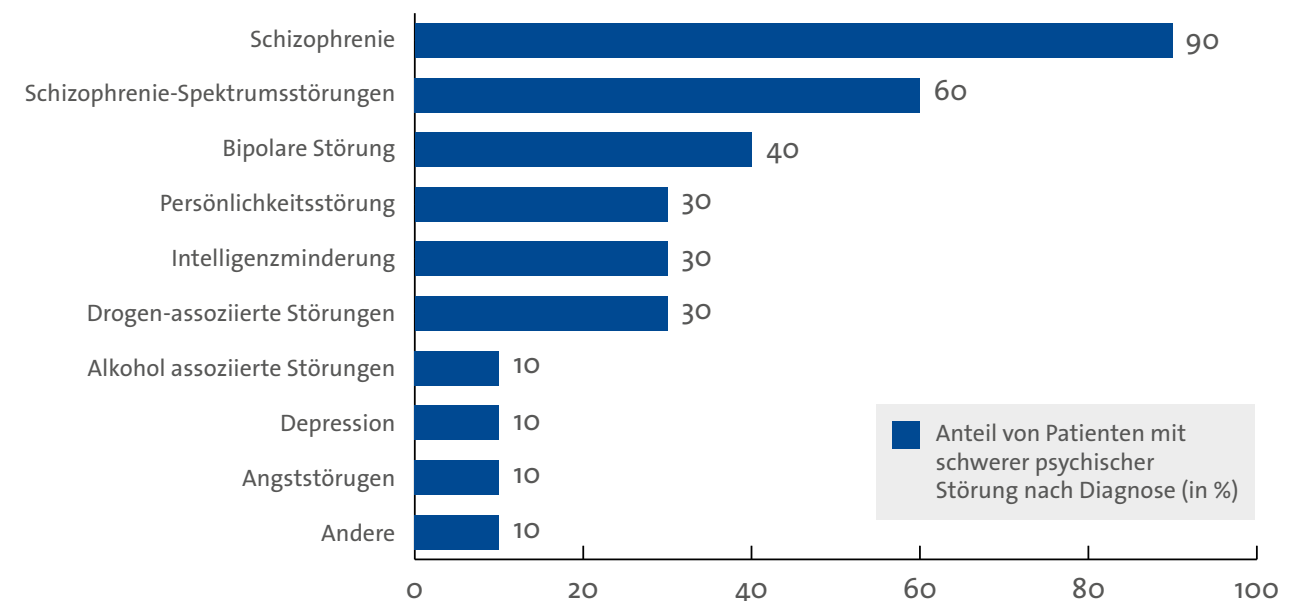


Abb. 3 Lebenszeitrisko für die Entwicklung einer schweren psychischen Erkrankung nach Diagnose³

Im Gegensatz zu CMD sind **SMI** relativ seltene psychische Erkrankungen, die jedoch ein hohes bis sehr hohes Risiko für die Entwicklung einer schweren psychischen Erkrankung haben.³ Der Fachbegriff der SMI bezeichnet dabei eine klinisch bedeutsame psychische Erkrankung von mindestens zweijähriger Dauer, die mit einem erheblich eingeschränkten Funktionsniveau nach einer gültigen Bewertungsskala, i.d.R. nach der GAF-Bewertungsskala (Global Assessment of Functioning Scale) einhergeht.⁶ Die Prävalenz schwerer psychischer Erkrankungen liegt zwischen einem und zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung. Das bedeutet, dass zu jedem Zeitpunkt 500.000 bis eine Million Menschen in Deutschland schwer psychisch erkrankt sind.⁷ Die 1-Jahresprävalenz liegt bei Jugendlichen (8 %) höher als bei Erwachsenen (5,8 %).⁸ Die Erkrankungen mit dem höchsten Risiko für SMI sind Schizophrenie-Spektrumsstörungen, bipolare Störungen, unipolare Depressionen mit psychotischen Symptomen und Emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen.³

Patienten mit SMI unterscheiden sich in vielen relevanten Charakteristika von Patienten mit CMD. Hierzu zählen ein häufiges Auftreten von komorbiden psychischen Erkrankungen (80% weisen durchschnittlich 3 gleichzeitige Diagnosen auf), von komorbiden chronischen somatischen Erkrankungen (80% durchschnittlich 2 im Alter von ≥ 40 Jahren, 30% bereits im Alter 20 Jahren) und von sog. Z-Diagnosen, die einen relevanten sozialen Unterstützungsbedarf in verschiedenen Bereichen dokumentieren (durchschnittlich 4-5 Bereiche).^{9,10} Hinzu kommen gehäuft Verhaltensweisen, die den Verlauf und die Prognose verschlechtern, v.a. niedrige Service-Inanspruchnahme, häufige Abbrüche der Gesamtbehandlung („Service Disengagement“) und hohe Raten von medikamentöser Non-Adhärenz.¹¹

1.2 Folgen psychischer Erkrankungen

Die **Folgen** aller psychischer Erkrankungen für die Betroffenen, ihr soziales Umfeld und für die Gesellschaft sind schwerwiegend. Das Auftreten psychischer Erkrankungen ist oft mit erheblichen **Einschränkungen der Lebensqualität** verbunden, sowohl für die Erkrankten selbst als auch für ihr soziales Umfeld. Die Gruppe der schwer psychisch kranken Menschen ist zudem in allen Kernbereichen des Lebens von gesellschaftlicher Exklusion bedroht. Dazu zählen Wohnen, Arbeiten und soziale Integration. Zudem ist ihre Lebenserwartung internationa-

len Studien zufolge um bis zu 20 Jahre reduziert;⁹ im Mittel geht man von einer Verkürzung der Lebenszeit um rund zehn Jahre aus.¹⁰

Die dadurch entstehenden **direkten und indirekten Kosten** für die deutsche Gesellschaft sind sehr hoch und weiterhin ansteigend: zwischen 2011 und 2015 ist der Anteil der direkten und indirekten Kosten für psychische Erkrankungen am Bruttoinlandsprodukt von 3,8% auf 4,8% gestiegen (2011: ca. 122 Milliarden €; 2015: ca. 146 Milliarden €).^{14,15} Im Jahre 2015 beliefen sich die **direkten Kosten** für psychische Erkrankungen auf 44,4 Milliarden und machten damit 13,1 % der gesamten Behandlungskosten aus.¹⁶ Darüber hinaus entstehen hohe **indirekte Kosten**, beispielsweise durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen. Die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) aufgrund psychischer Erkrankungen haben sich von 2007 bis 2017 von 48 auf 107 Millionen mehr als verdoppelt und verzeichnen unter allen Krankheitsgruppen den höchsten Anstieg.^{17,18} Bei der durchschnittlichen Dauer der Fehlzeiten lagen psychische Erkrankungen mit 40 Tagen an der Spitze.¹⁹ Auch bei den Frühberentungen ist die Tendenz steigend, seit Beginn der 1990er Jahre hat sich der Anteil nahezu verdoppelt und lag im Jahr 2017 bei rund 43 Prozent.²⁰

Eine spezifische, aber sehr bedeutsame Folge für die Betroffenen und das Versorgungssystem ist eine **Zunahme der akuten Fälle in Notaufnahmen von Kliniken und der gesetzlichen Unterbringungen**. Der 2019 veröffentlichte Hamburger Psychiatriebericht von BGV²¹ und BASFI²², die persönlichen Berichte der neun Hamburger Kliniken in der Verantwortung der sektoralen psychiatrischen Akutversorgung sowie der Sozialpsychiatrischen Dienste in Hamburg zeigen, dass die Inanspruchnahme der Notaufnahmen in den Kliniken sowie die stationären Akutaufnahmen aufgrund akuter psychischer Krisen in Hamburg fortlaufend zunimmt. Insbesondere, so zeigt der Psychiatriebericht, haben die **Unterbringungen nach § 12 HmbPsychKG von 2010-2017 um ca. 25% zugenommen**.²³

1.3 Versorgungsdefizite

Die benannten Folgen psychischer Erkrankungen für die Betroffenen und die Gesellschaft sind auch durch **Versorgungsdefizite des deutschen Versorgungssystems** verursacht.

Die **OECD**⁴ veröffentlichte 2014 einen Report zur Evidenz u.a. des deutschen Versorgungssystems für psychische Erkrankungen. Demnach ist Deutschland für Menschen mit Common Mental Disorders, v.a. für leichte und mittelgradig erkrankte Patienten, durch ein großes Angebot ambulanter und stationärer Psychotherapie überproportional gut ausgestattet. Demgegenüber bestehen deutliche Defizite hinsichtlich der Angebote für Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen. Dies betrifft vor allem die aufsuchenden Komplexbehandlungsmodelle wie CRT und ACT, aber auch Psychotherapie und E-Mental-Health, sowie eine evidenzbasierte Arbeits(re)integration in Form eines gestuften Supported Employment für alle Krankheitsschweregrade.

Das Fehlen der aufsuchenden Therapiemodelle CRT und ACT im deutschen Versorgungssystem steht im Gegensatz zu den Empfehlungen aller wesentlichen Behandlungsleitlinien, insbesondere den Leitlinien für die Behandlung der Schizophrenie²⁸, der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen²⁹ und der Verhinderung von Zwang.³⁰ Gerade multiprofessionelle aufsuchende Hilfen stellen nach aktuellem Forschungsstand das Mittel der Wahl dar, um Hospitalisierungen zu vermeiden.^{31,32}

Mit der Einführung der sogenannten „stationsäquivalenten Behandlung“ (StäB) nach dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) im Jahr 2016 ist in Deutschland ein wichtiger Schritt in Richtung Home Treatment getan. Allerdings hat StäB einige strukturelle und inhaltliche Probleme. Auf Seiten der Leistungsnehmer können Patienten die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld nur dann in Anspruch nehmen, wenn eine Indikation für eine stationäre Behandlung besteht, das soziale Umfeld zustimmt, ein Einsehen zur Einwilligung besteht, und tägliche Hausbesuche gewünscht und toleriert werden. Auf Seiten der Leistungserbringer scheuen viele Kliniken die Implementierung aufgrund der Sorge, dass sie momentan akut benötigte und zumeist ständig überbelegte Behandlungsplätze in der Akutpsychiatrie direkt oder sukzessive abbauen müssen.

Ein weiteres strukturelles Problem von erheblicher Relevanz für die Betroffenen und das Versorgungssystem ist die **häufig fehlerhafte oder unzureichende (Erst)Diagnostik**. Die wenigen existierenden Studien zu der Validität psychiatrischer Diagnosen, z.B. in der hausärztlichen Versorgung, zeigen, dass Fehl- oder unzureichend-differenzierte Diagnosen eher die Regel als die Ausnahme sind. Dies ist insbesondere für Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen bzw. komplexen Versorgungsbedarf ein Problem, da bei ihnen neben der psychischen Hauptstörung, gehäuft mehrere psychische und somatische komorbide Störungen und soziale Unterstützungsbedarfsdiagnosen (Z-Diagnosen) bestehen. Die Konsequenzen sind u.a. Fehlsteuerung, Behandlungsverzögerung, Erkrankungsprogression und Kostensteigerung.

1.4 Handlungsbedarfe und Empfehlungen

Die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)⁴, der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen²⁴, Fachgesellschaften (DGPPN)²⁵, Expertengremien⁵, Leitlinien²⁸⁻³⁰, sowie Patienten- und Angehörigenverbände²⁷ empfehlen **drei wesentliche Maßnahmen für das deutsche Gesundheitssystem**:

- die Einführung einer gestuften und sektorenübergreifend-integrierten (koordinierten) Versorgung,
- die Einführung von aufsuchenden Behandlungsmodellen für Menschen in akuten Krankheitsphasen einer psychischen Erkrankung und für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und
- die Einführung und Integration von evidenzbasierter digitaler Diagnostik und Therapie.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. hat in Ihrer Publikation „**DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie**“²⁵ ein Modell der gestuften und integrierten Versorgung vorgestellt (siehe Abbildung 4), das an das RECOVER-Modell angelehnt ist.

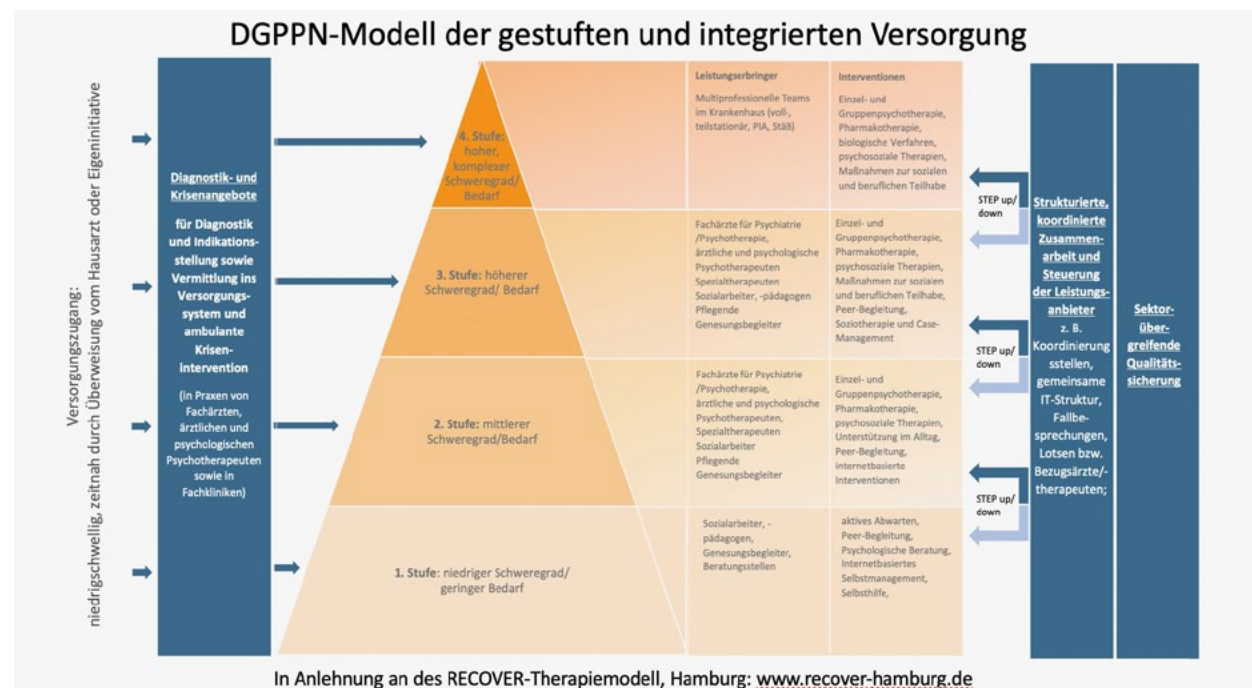
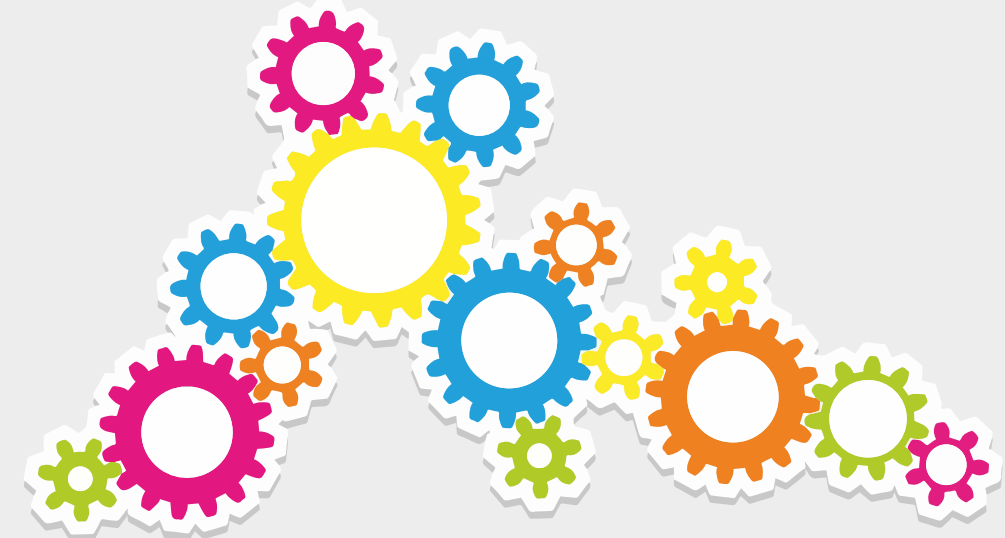


Abb. 4 DGPPN-Modell der gestuften und integrierte Versorgung (in Anlehnung an das RECOVER-Modell ²⁵)

2. Kapitel

Grundlagen der gestuften und integrierten Versorgung



2.1 Gestufte Versorgung

Die **Gestufte Versorgung** ist ein System von Erbringung und Monitoring von Behandlung, in dem die effektivste und am ressourcensparendste Behandlung immer die erste Therapiewahl ist.³³

Die Stufen richten sich nach der **Schwere der Erkrankung**. Die Schwere der Erkrankung ist zumeist eine Kombination aus Schwere der Erkrankung und **Beeinträchtigung des Funktionsniveaus**. Im englischen wird ein solches System als **Stepped Care** bezeichnet.

Die gestufte und integrierte Versorgung hat **vier Hauptprinzipien**:

- 1) Die Leistungserbringer arbeiten sektorübergreifend zusammen und koordinieren die Behandlung.
- 2) Die Interventionen hängen vom Schweregrad der Krankheit ab; die effektivste und ressourcensparendste Behandlung wird immer zuerst angewendet.
- 3) Möglichst viele Behandlungsmodelle und Therapien sind evidenzbasiert und nachweislich wirksam, effektive Therapien sind effizienter und
- 4) eine Auf- oder Abstufung erfolgt nach vordefinierten Regeln (z.B. Krankheitsverlauf).



Die gestufte und integrierte Versorgung richtet sich nach der **Schweregradverteilung** der 20% relevanten psychischen Erkrankungen (siehe Abbildung 2). Jedem Schweregrad wird ein **Bedarf** zugeordnet: (1) Stufe 1: niedriger Bedarf; (2) Stufe 2: mittlerer Bedarf; (3) Stufe 3: hoher und ggf. fortlaufender Bedarf und (4) Stufe 4: komplexer und fortlaufender Bedarf.

In einer gestuften und integrierten Versorgung sollten nur **evidenzbasiert-wirksame Behandlungsmodelle** und **Therapien** angewendet werden. Im RECOVER Modell ist dies wie folgt umgesetzt:

1) **Behandlungsmodelle:**

- Crisis Resolution Team (CRT)
- Assertive Community Treatment (ACT)

2) **Inhalte (Diagnostik, Therapien):**

- Multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik, Indikationsstellung, Therapieplanung
- Sozialarbeit
- Supported Employment (SE)
- Digitale Therapie
- Psychotherapie (Kurzzeit, Langzeit, Gruppe)
- Pharmakotherapie
- Genesungsbegleitung

Im letzten Schritt wird jeder Schweregradstufe eine Hauptintervention zugeordnet:

Stufe 1: Digitale Therapie

Stufe 2: Kurzzeit- und/oder Gruppenpsychotherapie;

Stufe 3: Case Management, Psychotherapie und/oder Gruppenpsychotherapie, Pharmakotherapie

Stufe 4: Assertive Community Treatment (ACT) inklusive Psychotherapie und Pharmakotherapie.

Querschnittsinterventionen sind: Multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik, Indikationsstellung, Therapieplanung, Sozialarbeit, Digitale Therapie, Supported Employment (SE), Genesungsbegleitung.

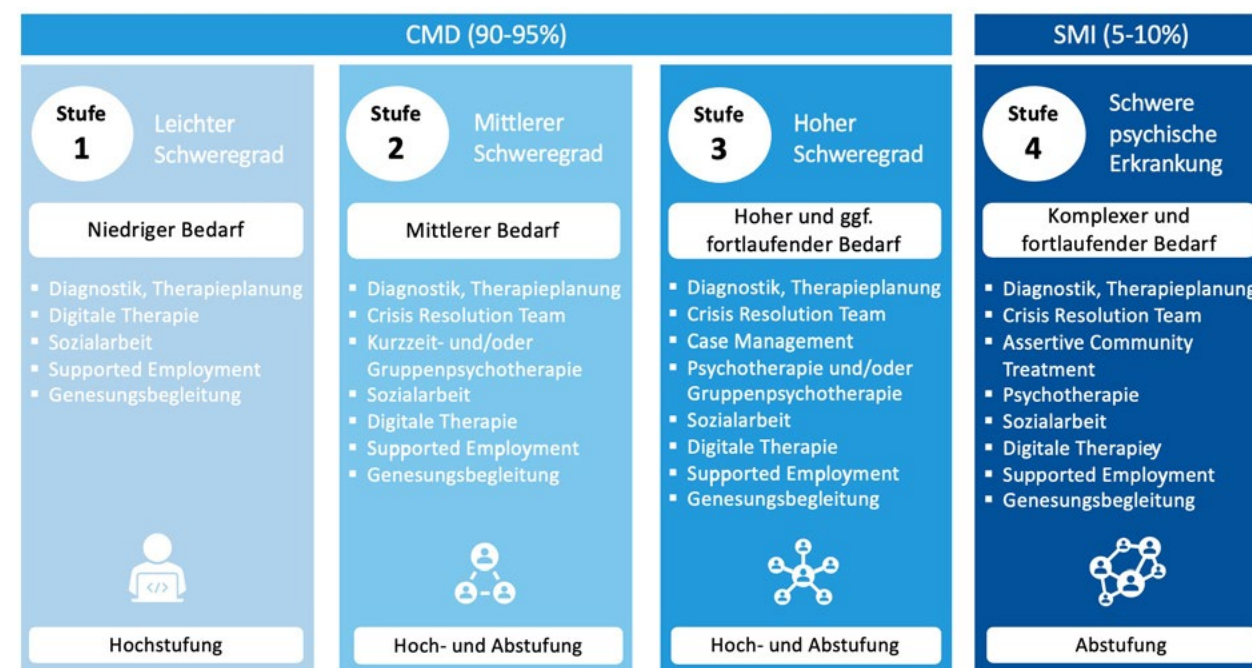


Abb. 5 Systematisierung der gestuften und integrierten Versorgung

2.1 Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung bezeichnet eine zwischen verschiedenen Leistungserbringern **abgestimmte sektoren- und fachübergreifende Versorgung**. Die Integrierte Versorgung beinhaltet die **koordinierte Versorgung** durch Absprachen und Zuständigkeiten. Die Integrierte Versorgung ist somit ein System zur **Steuerung** und **Koordination** der Versorgung (siehe Abbildung 6).³³

Damit die verschiedenen Leistungsbringer über die Sektorengrenzen hinweg strukturiert und koordiniert zusammenarbeiten, bedarf es wesentlicher Versorgungskomponenten, die bestenfalls digital unterstützt werden:

- 1) Sektorenübergreifendes Versorgungsnetzwerk mit Versorgungsleitstelle
- 2) Sektorenübergreifende Versorgungsprozesse



Wesentliche Leistungserbringer, Strukturen und Inhalte der integrierten (koordinierten Versorgung)

2.2.1 Sektorenübergreifendes Versorgungsnetzwerk mit Versorgungsleitstelle

In ein sektorenübergreifendes Versorgungsnetzwerk sollten stationäre, ambulante und rehabilitative Leistungserbringer eingebunden werden. Insbesondere gehören dazu Institutionen des SGB V, VIII, IX und XII inklusive Kliniken mit stationären, teilstationären Behandlungsplätzen und Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatik und Psychotherapie, Fachärzte für Allgemeinmedizin, psycholo-

gische Psychotherapeuten, ambulante Pflegedienste, Sozialpsychiatrische Dienste und rehabilitative Einrichtungen. Um das Netzwerk aufzubauen und zu pflegen, bedarf es Netzwerkmanagement, u.a. mit folgenden Aufgaben und ggf. Schulungen:

- Rekrutierung von Leistungserbringern
- Organisation, Teilnahme der Versicherten
- Versorgungsprozesse
- Dokumentation, Abrechnung
- Qualitätszirkel und Fortbildungen

Um eine optimale Koordination von Versicherten, Leistungserbringern, Leistungen, Abrechnung und Rechenschaft gegenüber Leistungsträgern zu gewährleisten, sollten regionale, EDV-gestützte und zentrale Versorgungsleitstelle(n) eingerichtet werden. Die Aufgaben umfassen beispielsweise:

- Kommunikationszentrum
- Fallmanagement
- Koordination von Terminen und Leistungen
- Patientenverwaltung und Patientenstammdaten
- Koordination von therapeutischen Angeboten (insbesondere Gruppentherapien)
- Abrechnung
- Qualitätszirkel, Fortbildungen
- Qualitätssicherung, Risikomanagement, Qualitätsberichte

2.2.2 Sektorenübergreifende Versorgungsprozesse

Sektorenübergreifende, EDV-gestützte Versorgungsprozesse sind für eine funktionierende integrierte Versorgung von wesentlicher Bedeutung. Damit werden wesentliche sektorenübergreifende Behandlungspfade des Patienten systematisch definiert und organisiert. Wesentliche Beispiele sind (siehe auch 3.3):

- Versorgungszugang
- Akutbehandlung im häuslichen Umfeld
- Entlassungsmanagement
- Antragspsychotherapie (Kurz, Langzeit und Gruppe)
- Digitale Therapie

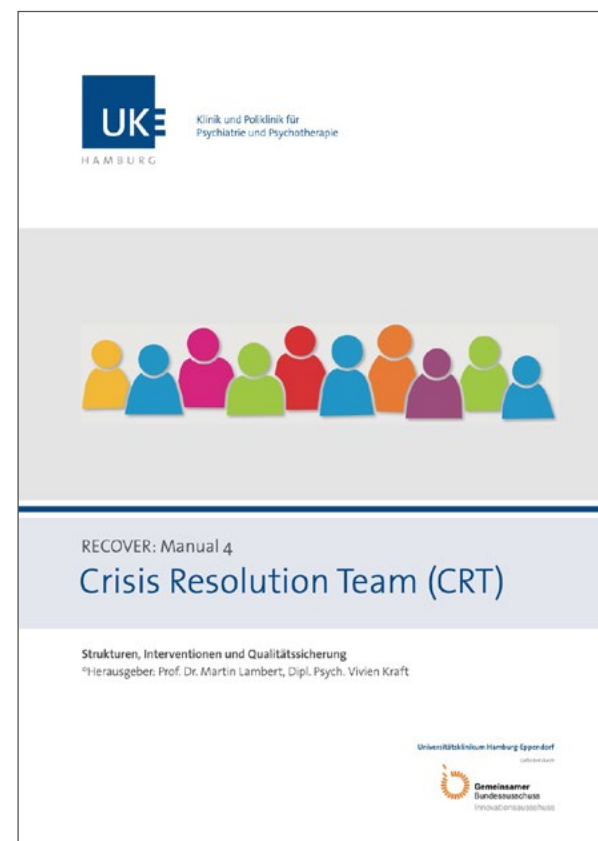
2.3 Evidenz von integrierten Behandlungsmodellen und Therapien

Ein zentraler Versorgungsgrundsatz ist, dass **möglichst viele Behandlungsmodelle und Therapien evidenzbasiert** sind. Dieser Grundsatz der evidenzbasierten Medizin basiert auf der Rationale, dass wirksame Therapien aufgrund der Kosten-Nutzen-Relation eine höhere Effizienz aufweisen. Einige der unter 2.1 genannten Behandlungsmodelle und Therapien sind Teil der Regelversorgung, andere nicht. Wenn diese schon Teil der Regelversorgung sind (z.B. Psychotherapie), ist eine Darstellung des Evidenznachweises in diesem Manual aus Sicht der Autoren **nicht** notwendig. Deshalb wird nachfolgend nur die Evidenz von Behandlungsmodellen und Therapien erläutert, die **nicht Teil der SGB V-Regelversorgung** sind.

2.3.1 Crisis Resolution Team (CRT)

Das evidenzbasierte aufsuchende Behandlungsmodell, welches eine kurzfristige Akutbehandlung im häuslichen Umfeld umfasst, wird als Crisis Resolution Team (CRT) bezeichnet.

CRT ist definiert als „**fachärztlich geleitetes, multiprofessionelles und ggf. interdisziplinäres Team mit der Aufgabe einer zeitlich begrenzten Akutbehandlung im häuslichen Umfeld für Patienten in akuten Krankheitsphasen einer psychischen Erkrankung**“.^{34,35}



Teamstrukturen:

- Multiprofessionell: Ärzte, Psychologen, Pflege, Sozialarbeiter, Genesungsbegleiter
- Interdisziplinär: Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Allgemeinmedizin, Sexualmedizin/Forensik, Supported Employment
- Experten für Krisenintervention

Kernaufgaben:

- Evidenzbasierte, flexible, aufsuchende, nachgehende, intensive und kurzfristige Akutbehandlung im häuslichen Umfeld
- 24h/tgl. Bereitschaft
- Akutboard zur Planung und Koordination der Akutbehandlung (siehe Abbildung 8, Seite 19)
- Pharmakologische, psychologische, soziale und somatische Behandlungen bzw. deren Koordination
- Behandlung solange bis die Krise beendet bzw. der Patient stabilisiert ist
- Unterstützung bei der Planung und Bewältigung zukünftiger Krisen
- Organisation des Behandlungsplans und Überführung in weitergehende Behandlung
- Erneute Kriseninterventionen bei Bedarf

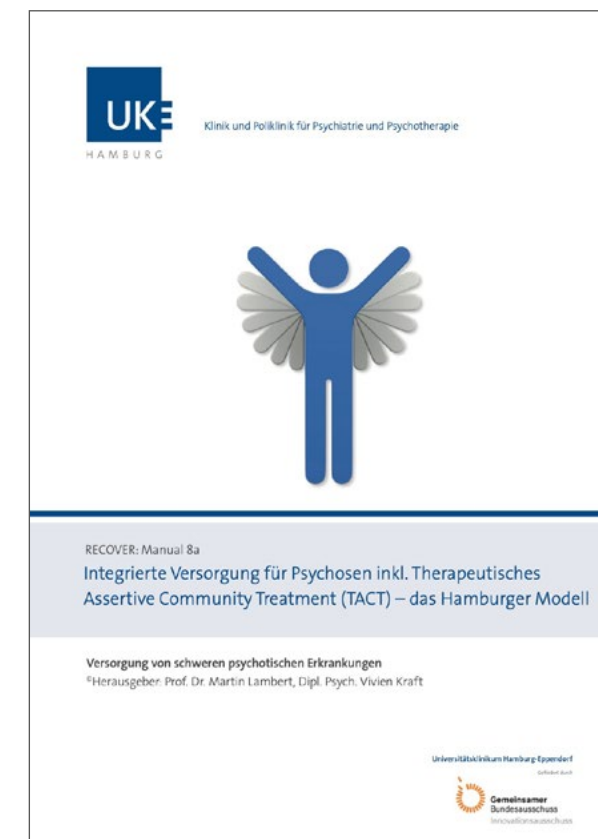
Evidenz (Metaanalysen, RCT, offene Studien, Erfahrungen):^{34,35}

- Vermeidung und Verkürzung stationärer Behandlung
- Höhere Behandlungszufriedenheit bei Patienten und Angehörigen
- Reduktion von Zwangseinweisungen
- Niedrigere Kosten und bessere Effizienz
- Regelmäßige Unterstützung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen
- Verbesserte Erfassung von und Umgang mit individuellen, situativen Anforderungen
- Höhere Qualität der Akutbehandlung
- Reduktion von Stigmatisierung

2.3.2 Assertive Community Treatment (ACT)

Das evidenzbasierte aufsuchende Behandlungsmodell, welches eine langfristige Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen umfasst, wird als Assertive Community Treatment (ACT) oder Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) bezeichnet.

ACT ist definiert als „fachärztlich geleitetes, multiprofessionelles und ggf. interdisziplinäres Team mit der Aufgabe einer langfristigen aufsuchenden und nachgehenden Komplexbehandlung für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen“.³⁶



Teamstruktur:

- Multiprofessionell: Ärzte, Psychologen, Pflege, Sozialarbeiter, Genesungsbegleiter
- Experten für schwere psychische Erkrankungen inklusive Schizophrenie, bipolare Störungen, schwere Depressionen, Borderline-Störungen

Kernaufgaben:

- Langfristige, aufsuchende und nachgehende Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mit 24h/tgl. Bereitschaft

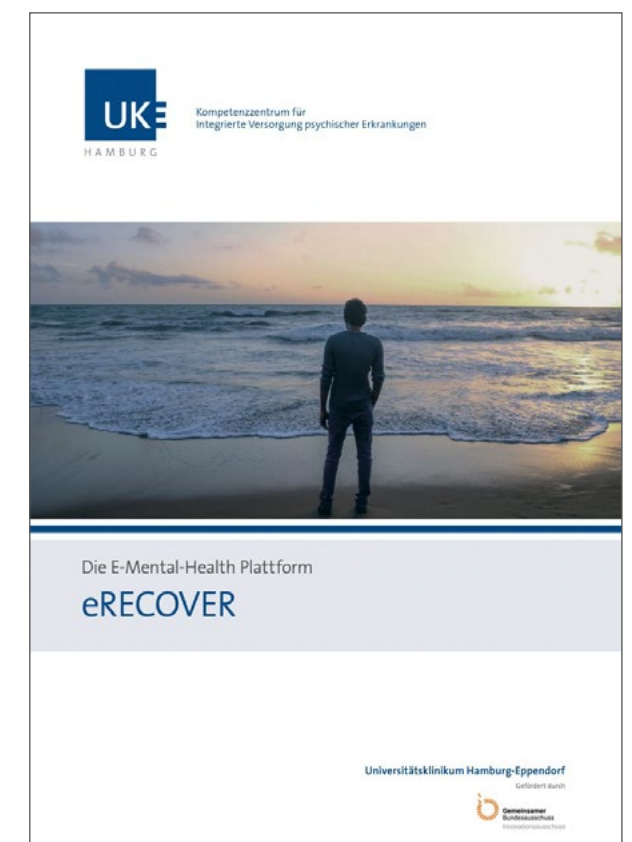
- Pharmakologische, psychologische, soziale und somatische Behandlungen bzw. deren Koordination.
- Akutboard zur Planung und Koordination der Akutbehandlung (siehe Abbildung 8, Seite 19)
- Psychotherapie fester Bestandteil

Evidenz (aus eigenen Studien):³⁷⁻⁴⁷

- Vermeidung und Verkürzung stationärer Behandlung
- Hohe Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen
- Anhaltende Verbesserung von Symptomen, Funktionsniveau und Lebensqualität
- Reduktion von Zwangseinweisungen
- Niedrigere Kosten und bessere Effizienz

2.3.3 Digitale Diagnostik und Therapie

E-Mental-Health ist definiert als **technologiegestützte Anwendungen (Informations- und Kommunikationstechnologie) in der Prävention und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen**.



Anwendungen:

- 1) Digitale Diagnostik
 - Störungsübergreifend
 - Störungsspezifisch
- 2) Digitale Therapie
 - Digitale Selbsttherapie
 - Unterstützte digitale Selbsttherapie mit therapeutischer Begleitung
 - Digital unterstützte Psychotherapie
 - Videotherapie
 - Virtuelle Realität (VR)
- 3) Digitale Therapeutika
 - Digitale Komplettlösung zur Diagnostik, Therapie, Management und Monitoring einer Erkrankung

Evidenz (u.a. aus Metaanalysen):

- Digitale Therapeutika sind wirksam
- Selbsttherapie ist der unterstützten Selbsttherapie unterlegen
- Unterstützte Selbsttherapie bei leichten und mittelgradigen Erkrankungen vergleichbar wirksam wie ambulante Psychotherapie
- Virtuelle Realität ist als Expositionstherapie wirksam

3. Kapitel

Das RECOVER-Versorgungsmodell



Das übergeordnete Ziel von RECOVER ist es, die Versorgung der Betroffenen und ihrer Angehörigen durch eine besser strukturierte und koordinierte sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer (u.a. SGB V, IX und VII) nachhaltig zu verbessern. Dabei soll das Versorgungssystem, insbesondere für schwerer erkrankte Betroffene, evidenzbasiert ergänzt werden (siehe Abbildung 6).

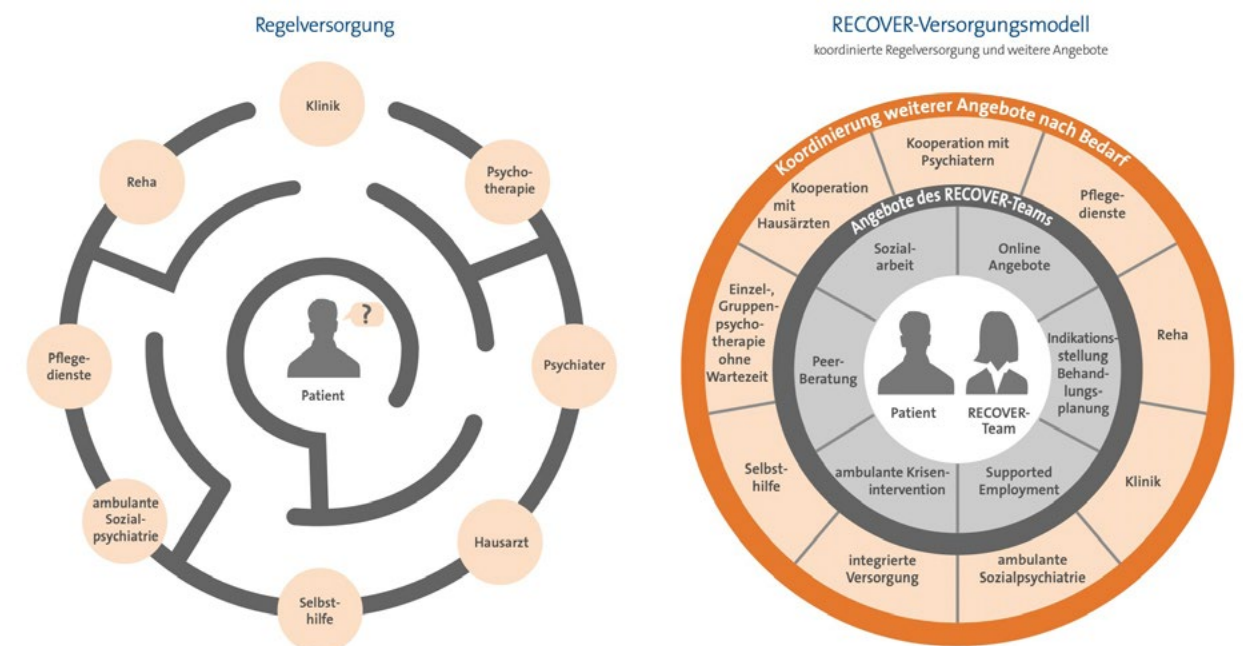


Abb. 6 Ziel und Grundsatz von RECOVER ist eine sinnvolle Vernetzung und Ergänzung des Versorgungssystems



Die wesentliche

(1) Allgemeine Einschlusskriterien

- Alter ≥ 16 Jahre zum Zeitpunkt

- (2) Zusätzliche Einschlusskriterien bzgl. Akut-

- Es besteht eine akute Krankheitsphase einer

Die nachfolgenden Versorgung

Im Rahmen des RECOVER Projektes wurde in

24 Institutionen aus dem ECR V, IX und XII

Der Versorgungszugang v

- Der Versorgungszugang wird über eine

Das resultierende ausschließlich und intendiert in lineäres Text

1) **AID:** AID ist das Synonym für multiprofessionelle

3.2.3.1 Diagnostik, gestufte Indikation, Behandlungsplanung, Behandlung, Managed Care

- Aufgrund des Defizits der kombinierten psychologischen, somatischen und sozialen Diagnostik und Arbeitsdiagnostik in der Regelversorgung (siehe Kap. 1.3) ist der erste Schritt eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik durch ein Team von Fachärzten, Ärzten (Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Allgemeinmediziner, Psychosomatiker), Psychologen, Sozialarbeiter und Mitarbeiter der Arbeitsintegration.
- Auf Basis der Ergebnisse der multiprofessionellen und interdisziplinären Diagnostik erfolgt eine gestufte Indikationsstellung und Behandlungsplanung in vier Schweregradstufen.
- Die Einstufung in 4 Schweregrade wird anhand einer Kombination aus Schwere der Erkrankung und Reduktion des Funktionsniveaus systematisiert (siehe Abbildung 6):

- Stufe 1:** Leichter Schweregrad mit niedrigem Bedarf
- Stufe 2:** Mittlerer Schweregrad mit mittlerem Bedarf
- Stufe 3:** Hoher Schweregrad mit hohem und ggf. fortlaufendem Bedarf

- Stufe 4:** Schwere psychische Erkrankung mit komplexem und fortlaufendem Bedarf
- Die gestufte und integrierte Versorgung ist unter 3.2.4 dargestellt.
 - Managed Care, d.h. die systematische Behandlungsorganisation und Überleitung des Patienten in die Regelversorgung, wird durch das Team und die Versorgungsleitstelle geleistet.

3.2.3.2 Flexible Akutbehandlung nach dem Modell des Crisis Resolution Team (CRT)

Im Falle einer akuten Krankheitsphase zu Beginn oder während der Behandlung kann das CRT eine stationersetzen- und stationsverkürzende Akutbehandlung im häuslichen Umfeld durchführen.

Strukturen, Kernaufgaben und Evidenz sind unter 2.3.1 erläutert. Die wesentlichen Aufgaben sind:

- Das Team arbeitet eng zusammen mit Leistungserbringern des Netzwerks, v.a. Institutionen und Personen, die ebenfalls an der Akutbehandlung beteiligt sind (Institutionen der Klinik: Zentrale Notaufnahme, Akutstationen, Stationen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Poliklinik, Psychiatrische Institutsambulanz; Sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Psychiater).
- Der Versorgungszugang kann direkt oder über 24h/tgl. Bereitschaft erfolgen.
- Der Patient wird auf einem sog. Akutboard geführt und zweimal täglich durch ein Team aus Fachärzten, Ärzten, Psychologen, Pflege-mitarbeitern, Sozialarbeitern und Genesungs-begleitern besprochen und Interventionen geplant (Intervision und Supervision; siehe Abbildung 9).

- Das Team erbringt oder koordiniert alle notwendigen pharmakologischen, psychologischen, sozialen und somatischen Behandlungen.
- Die Akutbehandlung wird solange durchgeführt, bis die Krise beendet bzw. der Patient stabilisiert ist.
- Das CRT unterstützt den Patienten und sein soziales Umfeld bei der Bewältigung zukünftiger Krisen.
- Es organisiert den weiterführenden Behandlungsplan und übergibt den Patienten.
- Das Team steht für erneute Kriseninterventionen bei Bedarf bereit.

3.2.4 Gestufte und integrierte Versorgung

Jeder Schweregradstufe ist eine Hauptintervention zugeordnet (siehe Abbildung 7):

- Stufe 1:** Digitale Therapie
- Stufe 2:** Kurzzeit- und/oder Gruppenpsychotherapie
- Stufe 3:** Case Management, Psychotherapie und/oder Gruppenpsychotherapie, Pharmakotherapie
- Stufe 4:** Assertive Community Treatment (ACT) inklusive Psychotherapie und Pharmakotherapie.

Darüber hinaus existieren die **Querschnittsinterventionen** Sozialarbeit, digitale Therapie, Supported Employment (SE) und Genesungsbegleitung, die in allen Stufen nach Behandlungsplan individualisiert angewendet werden.

3.2.4.1 Stufe 1 – leichter Schweregrad

Patienten mit einem leichten Schweregrad sind die Hauptgruppe von **Patienten im Status der Arbeitsunfähigkeit**, zusammen mit den Schweregradstufen 2 und 3 bilden sie 90-95% aller arbeitsunfähiger Patienten. Sie erhalten hauptsächlich Beratung, digitale Therapie und ggf. Supported Employment, Sozialarbeit oder Genesungsbegleitung. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit führen die Mitarbeiter des Supported Employment eine Arbeitsdiagnostik durch, beraten den Patienten, führen ihn in die Arbeit zurück und coachen ihn.

Name	Vorname	Alter	Zuständigkeit CARE-Team	Vorbehandler / Überweiser	Aktuelle Problemlage	HD AID (ICD-10)	Psychopharmaka	Tagesplan	Behandlungsplan	Feste Termine	Hilfepass	Gefährdungsaspekte	Datum Entlassung aus CARE
Mustermann	Max	25	CF, YK, CW, Ivi	Station	Positive Symptome, Non-Adhärenz, Wohnungslosigkeit	F20.0	Abilify 10mg/tgl. 1-0-0-0	Hausbesuch 13.00 Uhr	Akutbehandlung	Tägliche Medikationsgabe	Ja	Suizidalität	
Mustermann	Max	58	AKS (DL), JW, EC, YK	Station	Non-Adhärenz	F20.0	Paliperidon I.M. 100mg erfolgt, nächste Injektion am 1.1.2020	Netzwerkgespräch 14.00 Uhr	Akutbehandlung	Depotgabe	Ja	Akute Psychose	
Mustermann	Max	35	RS (LT), CF (AKS), Ivi	Station	Schwere depressive Symptome	F33.2	Duloxetine 300mg 1-0-0, Quetiapin 25mg b. Bed.	Hausbesuch 9.00 Uhr	Akutbehandlung	Tägliche Medikationsgabe	Ja	Suizidalität	
Mustermann	Max	18	YK (CF/DL), RS (LT), JW	Psychiater	Positive Symptome, manische Symptome	F25	Keine, Einstellung notwendig	Hausbesuch 10.00 Uhr	Akutbehandlung	Depotgabe	Ja	Fremdgefährdung	
Mustermann	Max	60	JW, CF, AKS, CW, YK	Akutstation	Positive Symptome, EPMS	F20.0	Fluanxol I.M. 00mg erfolgt, nächste Injektion am 1.1.2020	Netzwerkgespräch 16.00 Uhr	Akutbehandlung	Depotgabe	Ja	Keine	
Mustermann	Max	19	RS, CF, AKS/TP, Ivi	Psychotherapeut	Zwangsgedanken/-handlungen	F42.2	Sertralin 50mg 1-0-0-0	Familiengespräch 16.00 Uhr	Akutbehandlung	Tägliche Medikationsgabe	Ja	Keine	
Mustermann	Max	55	CF, AKS, YK, EC, Ivi	Station	Positive Symptome, Non-Adhärenz, Wohnungslosigkeit	F20.0	Paliperidon I.M. 100mg erfolgt, nächste Injektion am 1.1.2020	Hausbesuch 13.00 Uhr	Akutbehandlung	Depotgabe	Ja	Keine	
Mustermann	Max	36	CF, JW, LT, YK	Station	Manische Symptome, psychotische Symptome	F31.0	Lamotrigin 50-0-200mg, Aripiprazol 15mg 1-0-0	Medikationsgabe 8.00Uhr	Akutbehandlung	Tägliche Medikationsgabe	Ja	Keine	
Mustermann	Max	23	AKS, CW, Ivi, CF	Station	Positive Symptome, manische Symptome	F25.2	Olanzapin 5mg 1-0-1, Haldol 5mg 1-1-1, Diazepam 5mg 0-0-1	Medikationsgabe 8.00Uhr und 18.00Uhr	Akutbehandlung	Tägliche Medikationsgabe	Ja	Keine	
Mustermann	Max	48	YK, CF, Ivi, CW	Station	Positive Symptome, EPMS	F20.0	Risperidon 0-0-2mg, Duloxetine 300mg 1-0-0	Hausbesuch 14.00 Uhr	Akutbehandlung	Tägliche Medikationsgabe	Ja	Keine	
Mustermann	Max	30	RS, CF, Ivi, YK	Poliklinik	Positive Symptome, depressive Symptome, Cannabisabhängigkeit	F25.1	Aripiprazol Depot 400mg 29.10.19	Hausbesuch 15.00 Uhr	Akutbehandlung	Tägliche Medikationsgabe	Ja	Keine	
Mustermann	Max	56	AKS, Ivi, DL, CW	PIA	Positive Symptome, depressive Symptome, Cannabisabhängigkeit	F20.0	Paliperidon I.M. 100mg erfolgt, nächste Injektion am 1.1.2020	Netzwerkgespräch 18.00 Uhr	Akutbehandlung	Depotgabe	Ja	Suizidalität	
Mustermann	Max	60	JW, CF, AKS, CW	MVZ	Positive Symptome, EPMS	F20.0	Paliperidon I.M. 100mg erfolgt, nächste Injektion am 1.1.2020	Hausbesuch 13.00 Uhr	Akutbehandlung	Depotgabe	Ja	Akute Psychose	
Mustermann	Max	40	YK, LT, CW, Ivi, MW, DL	Station	Positive Symptome, Non-Adhärenz, Wohnungslosigkeit, Hashimoto-Thyreoiditis	F25	Aripiprazol 10mg 1-0-0, Escitalopram 10 mg 1-0-0-0	Hausbesuch 16.00 Uhr	Akutbehandlung	Tägliche Medikationsgabe	Ja	Suizidalität	

Abb. 9 Akutboard des CARE-Teams für xxtgl. Intervision und Supervision

Die **digitale Therapie** ist die Hauptintervention bei leichten Erkrankungen. Sie wird mittels der eRECOVER E-Mental-Health-Plattform durchgeführt. eRECOVER wurde im Rahmen des Innovationsfondsprojektes RECOVER entwickelt.

Die in eRECOVER vorgesehenen diagnosespezifischen Therapieprogramme sind in der Tabelle 1 dargestellt. Hiermit sollen zwei wesentliche Einsatzmöglichkeiten abgedeckt werden:

- 3) Digitale Therapie für Menschen mit leichten und mittelgradigen psychischen Erkrankungen (Hauptindikationen: unipolare Depression, Angststörungen, Somatoforme Störungen)
- 4) Digitale Therapie für Menschen mit schwereren und schweren psychischen Erkrankungen (Hauptindikationen: Psychosen, Bipolare Störung, Borderline-Persönlichkeitsstörungen).

3.2.4.2 Stufe 2 – mittelgradiger Schweregrad

Patienten mit mittlerem Schweregrad erhalten als Hauptintervention eine Kurzzeit- und/oder Gruppenkurzzeitpsychotherapie. Zudem, wie in Stufe 1, digitale Therapie und ggf. Supported Employment, Sozialarbeit oder Genesungsbegleitung.

Die Kurzzeit- und/oder Gruppenkurzzeitpsychotherapie wird durch Leistungserbringer der Regelversorgung im Versorgungsnetzwerk erbracht. Im Unterschied zur Regelversorgung wird diese aber durch die Versorgungsleitstelle zusammen mit dem AID & CARE-Team organisiert und der Patient übergeleitet. Dadurch wird die Wartezeit wesentlich reduziert. Ist der Patient arbeitsunfähig, erfolgt das gleiche Prozedere wie in Stufe 1.

Das CARE-Team steht für erneute Kriseninterventionen für alle Patienten und Leistungserbringer im Versorgungsnetzwerk zur Verfügung, auch nach Vermittlung in die Regelversorgung.

3.2.4.3 Stufe 3 – hoher Schweregrad

Patienten mit einem hohen Schweregrad haben einen hohen und zumeist fortlaufenden Bedarf. Es handelt sich zumeist um Patienten mit schweren und/oder therapieresistenten unipolaren Depressionen und komplexen Persönlichkeitsstörungen, häufig kombiniert mit einer Suchtmittelerkrankung. Gesundheitsökonomisch sind die Patienten ebenso bedeutsam wie die Patienten der Stufe 4. Gehäuft handelt es sich um „Drehtürpatienten“ aufgrund von resistenter Symptomatik oder chronischer Suizidalität.

In dieser Schweregradstufe erhalten Patienten Case Management, Psychotherapie und/oder Gruppenpsychotherapie, Pharmakotherapie.

Um bei Patienten der Stufe 3 stationäre Akutbehandlungen zu vermeiden bzw. zu verkürzen, sind häufig CARE-Interventionen notwendig, d.h. Akutbehandlungen im häuslichen Umfeld.

Um die Koordination der Versorgung zu verbessern, stationäre Behandlungen zu reduzieren, Behandlungsabbrüche zu vermeiden und den Patienten optimal zu reintegrieren, erhalten Patienten der Stufe 3 zusätzlich Case Management (CM). CM wird durch Sozialarbeiter durchgeführt.

Ebenso wie in Stufe 3 werden Psychotherapie und/oder Gruppenpsychotherapie sowie Pharmakotherapie individuell adaptiert in der Regelversorgung

ergänzt. In Stufe 3 werden sowohl Kurzzeit- als auch Langzeitpsychotherapien durchgeführt.

Das CARE-Team steht für Kriseninterventionen für alle Patienten und Leistungserbringer im Versorgungsnetzwerk zur Verfügung.

3.2.4.4 Stufe 4 – Schwere psychische Erkrankung

In der Stufe 4 werden Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (siehe 1.1) nach dem Modell des Assertive Community Treatment (ACT) behandelt (siehe 2.3.2). Im UKE existiert dieses sogenannte Hamburger Modell, seit 2005, seit 2007 wird es über §140a SGB V mit einer jährlichen Komplexpauschale durch 5 Krankenkassen finanziert.

Die Indikation ist das Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung, v.a. Schizophrenie, Bipolare Störung, psychotische Depression und Borderline-Störungen.

Das AID- und CARE-Team hat in Stufe 4 die Aufgabe der Erstdiagnostik und Akutbehandlung bis zur Überleitung der Patienten zu den ACT-Teams. In den Teams besteht eine eigene 24h/tgl. Bereitschaft und Akutbehandlung mit Akutboard (siehe Abbildung 9). Das CARE-Team gibt im Gegensatz zu den Stufen 1-3 die Verantwortung für alle Akutbehandlungen an die ACT-Teams ab (siehe auch Abildung 10).

Aus den multiprofessionellen ACT-Teams erhält jeder Patient einen Bezugstherapeuten und einen Arzt, diese sind dann fortlaufend für den Patienten zuständig. Da diese Patienten in der Regelversorgung praktisch nie Psychotherapie erhalten, ist Psychotherapie integrativer Bestandteil der Aufgaben der Teams. Diese Besonderheit im UKE ist durch den Namen „Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) bekannt geworden.

Die TACT-Behandlung erfolgt dann nachfolgend in einem Netzwerk von Klinik, PIA, niedergelassenen Psychiatern und anderen Leistungserbringern.

Seit 2005 hat das UKE eine Reihe von Studien zur Effektivität und Effizienz des Hamburger Modells durchgeführt (sog. ACCESS Studien I bis III). Die Ergebnisse sind wie folgt zusammengefasst: 37-47

Effektivität:

- Im Vergleich zur Regelversorgung werden im ambulanten Bereich 7,5 mal so viele Behandlungen durchgeführt (116,3 vs. 15,645).

- Die Rate von Patienten, welche die Behandlung abbrechen, ist über ein Jahr 11 mal niedriger als in der Regelversorgung (2,1% vs. 23,2%³⁹) und über 4 Jahre sehr niedrig (9,1%).³⁹
- Die TACT-Behandlung führt bei älteren (mehrfacherkranken) Patienten im Vergleich zur Regelversorgung innerhalb eines Jahres zu hochsignifikant größeren Verbesserungen in den Bereichen Symptome, Funktionsniveau, Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Beschäftigung.³⁷
- Die TACT-Behandlung führt bei jüngeren (ersterkrankten) Patienten (12-25 Jahre) im Vergleich zur Regelversorgung innerhalb eines Jahres zu einer hochsignifikant höheren Rate von Patienten in symptomatischer und funktioneller Remission.⁴⁰
- Die TACT-Behandlung führt über 4 Jahre zu hochsignifikanten und stabilen Verbesserungen in den Bereichen Symptome, Funktionsniveau und Lebensqualität.^{41,44}
- Die TACT-Behandlung führt zu einer 7-fach niedrigeren Rate von Zwangseinweisungen innerhalb von 2 Jahren (4,7 vs. 33,346).

Effizienz Studienbedingung:

- Bei älteren (mehrfacherkranken) Patienten geht die TACT-Behandlung mit geringeren jährlichen direkten Kosten einher (12.995€ vs. 15.479€=-2.502 € 38). TACT führt bei geringeren Kosten hochsignifikant zu mehr Lebensqualität bei den Patienten (p<.001).
- Bei jüngeren (ersterkrankten) Patienten geht die TACT-Behandlung mit geringeren jährlichen direkten Kosten einher (13.371€ vs. 15.620€= -2.249 € ⁴⁵). TACT führt bei geringeren Kosten hochsignifikant zu mehr Lebensqualität bei den Patienten (p<.001).

Effizienz innerhalb laufender Versorgung:

- Patienten der laufenden TACT-Behandlung sind im Vergleich zu den Patienten unter Studienbedingungen hochsigfikanter schwerer erkrankt (p<.001). Vergleicht man die Kosten der laufenden TACT-Behandlung mit der Studienbedingung der Regelversorgung ohne Anpassung des Schweregrades in der Regelversorgung werden pro Jahr -7.475€ pro Fall in TACT eingespart. Skaliert man die Schwere in der Regelversorgung auf die Schwere in der TACT-Behandlung werden rechnerisch Einsparungen von durchschnittlich -13.248€ Fall/Jahr erzielt.

Indikation	Sub-Indikationen	Evidenzbasierte Entwicklung	Experten-Review
Unipolare Depression		✓	✓
Angststörungen	Agoraphobie, Panikstörung	✓	✓
Zwangsstörungen		✓	✓
Essstörungen	Anorexia nervosa, Bulimia nervosa	✓	✓
Somatoforme Störungen		✓	✓
Psychosen	Schizophrenie, Schizoaffective Störung	✓	✓
Posttraumatische Belastungsstörung		✓	✓
Bipolare Störung	Bipolar I Störung, Bipolar II Störung	✓	✓
Borderline-Persönlichkeitsstörung		✓	✓

Tab. 1 Therapieprogramme in der eRECOVER-Plattform

3.3 Sektorenübergreifende Versorgungsprozesse

In Abbildung 10 ist der zentrale sektorenübergreifende Versorgungsprozess dargestellt. Der Versorgungsprozess beginnt mit der Kontaktaufnahme des Patienten zum Versorgungsnetzwerk.

Der Versorgungszugang ist über folgende Wege möglich:

- 1) Direkt zum AID & CARE-Team über die Versorgungsleitstelle (werktags 8.00-16.00Uhr) oder über Bereitschaft des Teams (24h/tgl.).
- 2) Über Leistungserbringer des Versorgungsnetzwerks (z.B. Klinik mit ZNA und PIA, Hausärzte, Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, SpD).
- 3) Indirekte Anmeldung, v.a. im Falle von Patienten, die ohne Behandlung im häuslichen Umfeld sind (z.B. über den Sozialpsychiatrischen Dienst).

Anschließend erfolgen durch das AID & CARE-Team:

- 1) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik, gestufte Indikationsstellung, Behandlungsplanung und Behandlung sowie Managed Care (AID).
- 2) Im Falle des Versorgungszugangs in einer akuten Krankheitsphase erfolgt gleichzeitig eine Akutbehandlung im häuslichen Umfeld durch CARE.

Der Patient wird nun in der gestuften und integrierten Versorgung behandelt:

- 1) Die Behandlung erfolgt in 4 Schweregradstufen wie unter 3.2.4 genau erläutert.
- 2) Die Leistungserbringer arbeiten sektorenübergreifend zusammen und koordinieren die Behandlung.
- 3) Die effektivste und ressourcensparendste Behandlung wird immer zuerst angewendet.

3.4 Begleitforschung

Am 1.1.2018 wurde das RECOVER Behandlungsmodell in Hamburg gestartet. In einer durch unabhängige Evaluatoren durchgeführten prospektiv kontrollierten Studie mit individueller 1:1 Randomisierung auf Interventions- und Kontrollgruppe (randomised controlled trial, RCT) werden über einen Zeitraum von 12 Monaten die Hauptfragestellungen 1. Versorgungskosten, 2. Verbesserung patientenrelevanter Endpunkte und 3. Kosteneffektivität von RECOVER im Vergleich zur Regelversorgung untersucht. Sekundäre Fragestellungen betreffen u.a. Wartezeiten, Quantität und Qualität von Behandlungsleistungen, Krankheitsschweregrad und Arbeitsausfallzeiten. Krankenkassendaten werden in die Analyse eingeschlossen.

Bis zum 15.12.2019 wurden N=905 Patienten in die 4 Schweregradstufen der Studienbehandlung aufgenommen. Damit wurde die Zielzahl der Studie erreicht. Die Studienbehandlung wird zum 31.12.2020 abgeschlossen sein. Ende 2020 werden erste Ergebnisse für die gesamte Stichprobe vorliegen.

4. Kapitel

Transfer



4.1 Gestufte und integrierte Versorgung im Klinikum Itzehoe

Als Teil des RECOVER-Projektes wurde das RECOVER-Modell zum 1.1.2020 in das Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe transferiert (Klinikdirektor: Prof. Dr. Arno Deister; klinisch Verantwortlicher: Dr. Rolf Michels; siehe Abbildung 11). Dieser Transfer erfolgte in enger Abstimmung mit dem Zentrum für Psychosoziale Medizin und berücksichtigte die umfassenden Vorarbeiten bzgl. der sektorenübergreifenden und aufsuchenden Behandlung im Kreis Steinburg/Itzehoe.

Die Finanzierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Kreis Steinburg erfolgt seit dem 1. Januar 2003 durch ein Regionales Psychriebudget (Modellprojekt nach §64b SGB V). Dabei handelt es sich um ein innovatives und in Deutschland bisher nur an wenigen Kliniken ein-

geführtes Finanzierungssystem.⁴⁸⁻⁵⁷ Diese Finanzierungsform wurde im Rahmen eines Modellprojektes zwischen den Krankenkassenverbänden in Schleswig-Holstein und dem Klinikum Itzehoe vereinbart und ermöglicht es, ein sehr flexibles und modernes Behandlungskonzept anzubieten. Die psychiatrische Versorgung durch das Klinikum Itzehoe kann je nach Notwendigkeit sowohl ambulant als auch tagesklinisch und stationär erfolgen.

Innerhalb dieser Rahmenbedingungen erfolgte die Entwicklung und Implementierung der gestuften und integrierten Versorgung des RECOVER Modells. Es wurde eine IST-Analyse der bestehenden Strukturen durchgeführt, das Modell adaptiert und vorhandene Strukturen genutzt. Zudem wurden viele Vorgespräche mit Netzwerkpartnern geführt, die



Abb. 11 Zentraler Versorgungsprozess des RECOVER-Modells

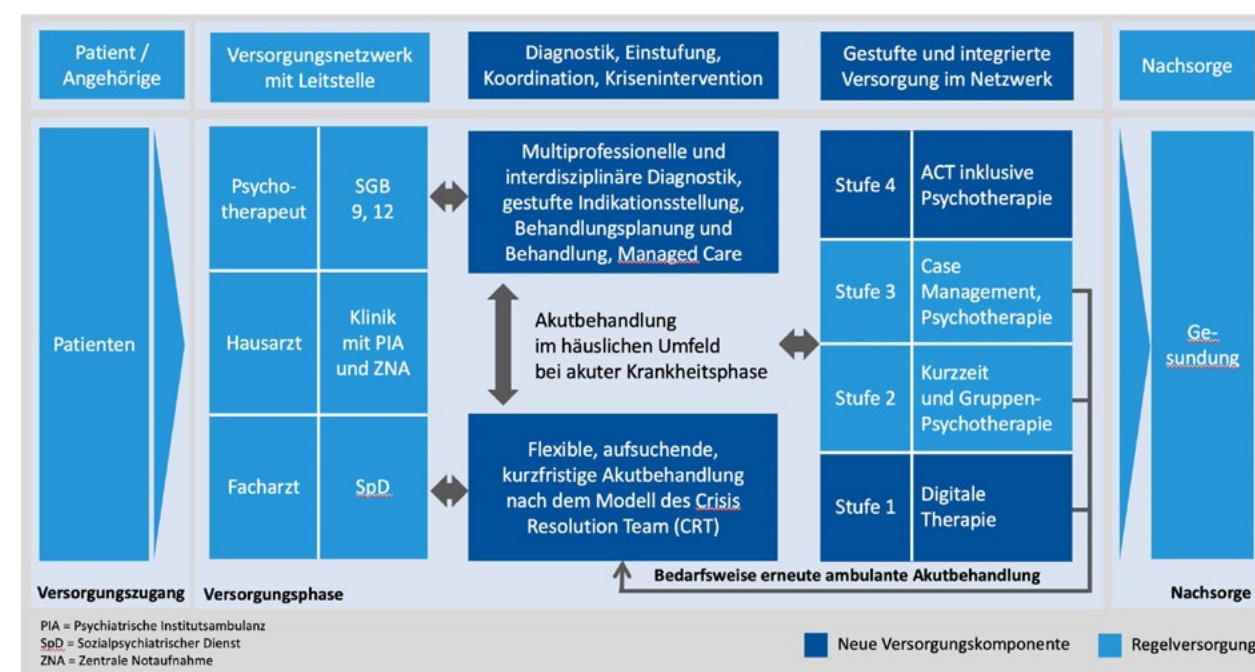


Abb. 10 Zentraler Versorgungsprozess des RECOVER-Modells

in enger Kooperation mit dem Zentrum für Psycho-soziale Medizin stehen, u.a. mit niedergelassenen Hausärzten und Psychiatern, niedergelassenen Psychotherapeuten und dem Sozialpsychiatrischen Dienst.

Am 1.1.2020 wurde der Modellversuch gestartet. Hierzu gehört die Erfassung des Implementierungsprozesses sowie die Erprobung des Modells bei 80 konsekutiv aufgenommenen Patienten. Ende 2020 werden erste Ergebnisse vorliegen.

Bei der Implementierung des Recover-Teams wird in Itzehoe besonderer Wert darauf gelegt, auf Erfahrungen mit dem RPB aufzubauen und an dadurch schon bestehende Strukturen und regionale Besonderheiten anzuknüpfen.

Seit Ende 2015 wird eine aufsuchende Behandlung (Home-Treatment) von einem speziellen Team durchgeführt. Das RPB lässt für die Umsetzung einen weiten Spielraum, der von einer akuten Krisenbehandlung (entsprechend der Arbeit eines RCT) bis hin zu einer langfristigen Betreuung von chronisch kranken Patienten mit Intensivierung in Krisensituationen reicht.

Die Mitarbeiterinnen des Teams sind durch Schulungen im offenen Dialog intensiv für die teamorientierte multiprofessionelle Behandlung im häuslichen Umfeld ausgebildet.

Im Rahmen des Recover-Projektes wurde dieses Team jetzt um weitere Mitarbeiterinnen erweitert, um auch die weiteren Funktionen, insbesondere die des Diagnostik- und Indikationszentrums, zu erfüllen.

Weitere schon vorhandene Strukturen, die Eingang in das Projekt finden, sind eine vom Land Schleswig-Holstein finanziell geförderte Migrations-Sprechstunde und die Kooperation mit dem Institut für moderne Verhaltenstherapie (MOVA).

Die Integration von Genesungsbegleitern in das Projekt befindet sich in Vorbereitung, ebenso wie die Einbindung von Supported Employment durch die Kooperation mit einem regionalen Partner.

Weitere Aktivitäten, um die Kooperation innerhalb des regionalen Versorgungssystems weiter zu entwickeln, haben stattgefunden und werden fortgesetzt, wie Treffen mit Vertretern der niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte, dem Verein der Niedergelassenen Psychotherapeuten im Kreis Steinburg, Fortbildungen für niedergelassenen Ärzte, Einbeziehung des gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Literatur

1. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 304-19.
2. Council of Australian Governments. National Action Plan for Mental Health 2006-2011. Fourth Progress Report covering implementation to 2009-10. URL: www.mhima.org.au/_literature_74169/COAG_progress (1.8.2019).
3. Delespaul PH; de consensusgroep EPA. Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
4. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies 2014, OECD Publishing 2015, <http://www.oecd.org/publications/making-mental-health-count-9789264208445-en.htm>. (1.8.2019).
5. Friedrich-Ebert-Stiftung. Positionspapier ES IST ZEIT FÜR EINEN NEUEN AUFBRUCH! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete, 2019, https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Positionen/FES_Handlungsbedarfe_zur_Reform_der_psychosozialen_Versorgung.pdf (1.8.2019).
6. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G. et al. Definition and Prevalence of Severe and Persistent Mental Illness, in: *Br J Psychiatry* 2000; 177: 149–155.
7. Gühne U, Riedel-Heller S. (2015) Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland, http://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6fo86cca1fce87b992b2514621343930boc398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf (1.8.2019).
8. Bagalman E, Napili A. Prevalence of Mental Illness in the United States: Data Sources and Estimates. Congressional Research Service 7-5700, www.crs.gov/R43047, 2015.
9. Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F, et al. Early detection and integrated care for adolescents and young adults with psychotic disorders: the ACCESS III study. *Acta Psychiatr Scand*, 2017a Aug;136(2):188-200.
10. Lambert M, Ruppelt F, Siem AK, et al. Comorbidity of chronic somatic diseases in patients with psychotic disorders and their influence on 4-year outcomes of integrated care treatment (ACCESS II study). *Schizophr Res* 2018;193:377-383.
11. Lambert M, Kraft V, Rohenkohl A, et al. Innovative care models for people with schizophrenia. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2019 Feb;62(2):163-172.
12. World Health Organization (WHO) 2016: Meeting Report on Excess Mortality in Persons with Severe Mental Disorders, https://www.who.int/mental_health/evidence/excess_mortality_meeting_report.pdf (1.4.2019).
13. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis, in: *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 334–341.
14. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies 2014, OECD Publishing 2015, <http://www.oecd.org/publications/making-mental-health-count-9789264208445-en.htm>. (1.6.2019).
15. OECD/EU (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels. URL https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en (1.6.2019).
16. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017).
17. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2009: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2007: Unfallverhütungsbericht Arbeit, www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2007.pdf?blob=publicationFile&v=2 (1.4.2019).
18. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2018: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2017: Unfallverhütungsbericht Arbeit, www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2017.pdf?blob=publicationFile&v=13 (1.4.2019).
19. Bundesministerium für Gesundheit 2017: GKV-Statistik KG8. Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Alters- und Krankheitsartengruppen 2017, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftergebnisse/AU-Faelle-nach-Diagnosen-und-Alter_2017.pdf (1.4.2019).
20. Deutsche Rentenversicherung (DRV) 2018: Rentenversicherung in Zeitreihen, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/o3_fakten_und_zahlen/o3_statistiken/o2_statistikpublikationen/o3_rv_in_zeitreihen.html (3.1.2018).
21. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg.
22. Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg
23. Psychiatrie-Bericht der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) sowie der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI). Versorgung psychisch Kranker Menschen in Hamburg. 2019; <https://www.hamburg.de/contentblob/12273896/2faa32c-bo36a0911cbcac4e1baeco6do/data/psychiatrie-bericht.pdf> (1.8.2019).
24. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018; https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_Kurzfassung.pdf (1.6.2019).
25. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/11a14679d-449d3abc76fdd61fb7ff6c42831of67/DGPPN-StandpunktPapier%20web.pdf (1.6.2019).
26. Thiel R, et al. #Smart Health Systems Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Bertelsmann-Stiftung 2018. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der_digitale_Patient/VV_SHS-Gesamtstudie_dt.pdf (1.8.2019).
27. Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. Was zu tun ist. Agenda 2030 Zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Behandlung und psychosozialen Begleitung sowie Teilhabe psychisch kranker Menschen. Familien-Selbsthilfe Psychiatrie, Bonn, 2019. https://www.bapk.de/fileadmin/user_files/bapk/informaterialien/download/BAPK_Agenda_2030.pdf (1.6.2019).

Literatur

28. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 2019: S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, Version 1.0, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>
29. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 2019: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-020.html> (1.4.2019).
30. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 2018: S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen, Langfassung, Version 1.0, zuletzt geändert am 10. Oktober 2018; https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788cob2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20BLITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf (1.8.2019).
31. Murphy SM, Irving CB, Adams, CE, et al. (2012) Crisis Intervention for People with Severe Mental Illnesses, in: Cochrane Database of Systematic Reviews 12, Art. No.: CD001087. DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub5.
32. Marshall M, Lockwood A (2011) Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 4, CD001089.
33. Lambert et al. Study protocol for a randomized controlled trial evaluating an evidencebased, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER). BMJ Open, in press.
34. Paton F, Wright K, Ayre N, Dare C, Johnson S, Lloyd-Evans B, Simpson A, Webber M, Meader N. (2016) Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. Health Technol Assess 20, 1-162.
35. Lambert M, Kraft V (2017) Manual 4: Evidenzbasierte Implementierung, Zertifizierung und Auditierung von Crisis Resolution Teams (CRTs); Zuletzt abgerufen: <https://www.recover-hamburg.de/publikationen/> (abgerufen am 16.7.2018)
36. Lambert M, Kraft V. Manual 8a: Integrierte Versorgung für Psychosen inklusive Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) – das Hamburger Modell; UKE 2017, <https://www.recover-hamburg.de/publikationen/> (abgerufen am 16.7.2018)
37. Lambert M, Bock T, Schöttle D, et al. (2010) Assertive Community Treatment (ACT) as part of Integrated Care versus Standard Care: a 12-month trial in patients with first- and negatively selected multiple-episode schizophrenia-spectrum disorders treated with quetiapine IR. J Clin Psychiatry 71:1313-23
38. Karow A, Reimer J, König HH, et al. Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). J Clin Psychiatry. 2012 Mar;73(3):e402-8.
39. Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F, et al. (2015) Integrated care for patients with first and multiple episodes of severe psychotic illnesses: 3-year results of the Hamburg model. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58:408-19
40. Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F, et al. (2017) Early detection and integrated care for adolescents and young adults with psychotic disorders: the ACCESS III study. Acta Psychiatr Scand 136:188-200
41. Lambert M, Ruppelt F, Siem AK, et al. (2018) Comorbidity of chronic somatic diseases in patients with psychotic disorders and their influence on 4-year outcomes of integrated care treatment (ACCESS II study). Schizophr Res 193:377-383
42. Lambert M, Karow A, Gallinat J (2017) Evidenzbasierte Implementierung von stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland. Psychiatrische Praxis 44:62-64
43. Lambert M, Karow A, Deister A, et al. (2017). RECOVER: Modell der sektorenübergreifend-kooordinierten, schweregrad-gestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen. In: Innovationsfonds – Impulse für das deutsche Gesundheitssystem, Publisher: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Herausgeber: Amelung V E, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Lägel R, Ozegowski S, Schlenker R-U, Sjuts R, pp.252-265
44. Schöttle D, Schimmelmann BG, Ruppelt F, et al. (2018) Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up of the ACCESS II study. PLoS One 13:e0192929.
45. Karow A, Brettschneider C, Helmut König H, et al. Better care for less money: cost-effectiveness of integrated care in multi-episode patients with severe psychosis. Acta Psychiatr Scand. 2019 Dec 8. doi: 10.1111/acps.13139. [Epub ahead of print]
46. Schöttle D, Ruppelt F, Schimmelmann BG, et al. Reduction of Involuntary Admissions in Patients With Severe Psychotic Disorders Treated in the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. Front Psychiatry. 2019 Oct 24;10:736.
47. Lambert M, Kraft V, Rohenkohl A, et al. Innovative care models for people with schizophrenia. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019 Feb;62(2):163-172.
48. Deister A, Zeichner D, Roick C. (2004) Regionales Psychiatrie-Budget. Erste Erfahrungen aus einem Modellprojekt. Psychoneuro 30, 285-288
49. Roick C, Deister A, Zeichner D, Birker T, König HH, Angermeyer MC (2005) Das Regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. PsychPrax 32, 177-184.
50. Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Schomerus G, Angermeyer MC, König HH (2008) Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorenübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psych Prax 35, 279-285.
51. König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, Hierholzer C, Angermeyer MC, Roick C (2010) Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen. Psychiatr Prax 37, 34-42.
52. Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ (2010) Veränderungen der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget. Psychiatr Prax 37, 335-342.
53. Deister A (2011) Vom Fall zum Menschen. Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget. Das Gesundheitswesen 73: 63-66.

Literatur

54. Deister A, Heinze M, Kieser C, Wilms B (2011) Zukunftsfähiges Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 64 (3) 64-69.
55. Wilms B, Becker T, Lambert M, Deister A (2012) Modelle für eine zukunftsfähige psychiatrische Versorgung. Die Psychiatrie 9: 4-13.
56. Deister A, Heinze M, Kieser C, Munk I, Wilms B (2012) Regionale Verantwortung. Basis für ein zukunftsfähiges Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie. Kerbe 4, 41-44.
57. Deister A, Stab M (2013) Finanzierungsmodelle. In: Rössler, W., Kahwohl, W. (Hrsg) Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die soziale Praxis. Kohlhammer, Stuttgart.