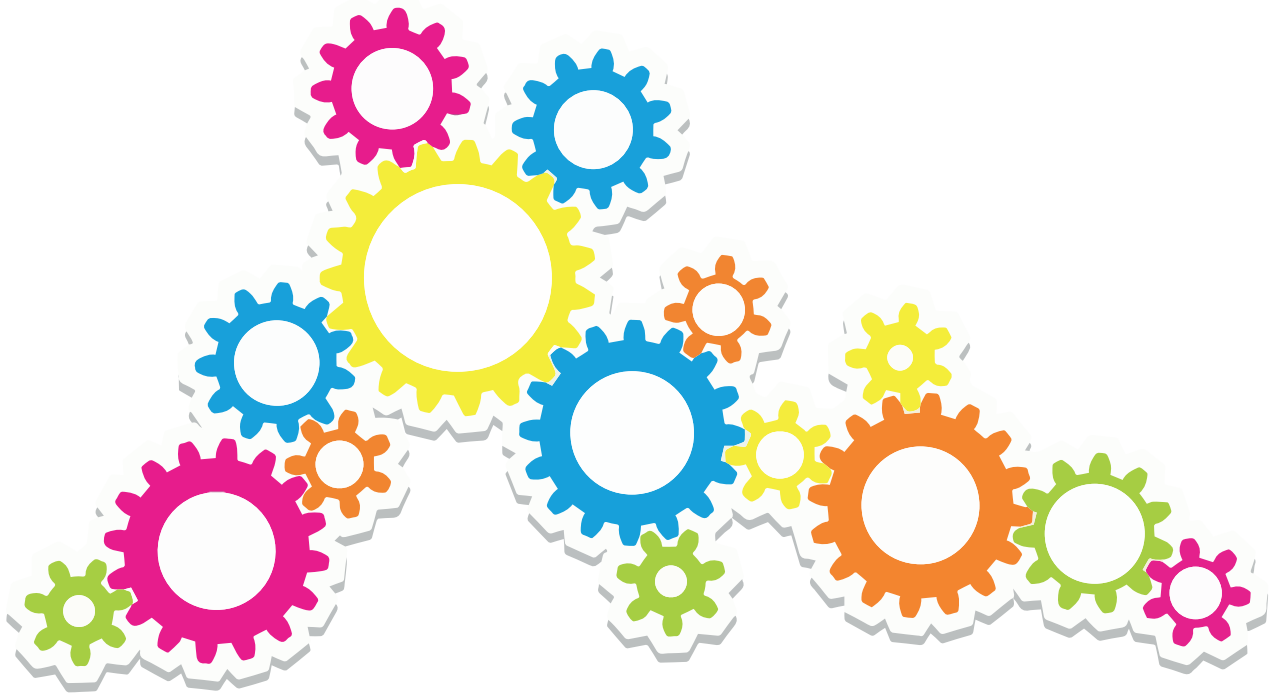




RECOVER: Manual 1

Integrierte Versorgung (Managed Care)

Grundlagen und Organisation des Zentrums für Integrierte Versorgung
psychischer Erkrankungen (ZIV) als Managed Care Organisation

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, Prof. Dr. Anne Karow, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin und Dr. Gunda Ohm, Strategische Unternehmensentwicklung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 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
Dipl. -Wirtsch.-Ing. Martin Hoff
Dr. Gunda Ohm
Dipl. Oec. Susann Nagl
Dr. Anna-Katharina Siem
Dr. Constanze Finter
Dr. Daniel Lüdecke
Prof. Dr. Anne Karow

Layout: Claudia Hottendorff (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 Prof. Dr. Martin Lambert, 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 Prof. Dr. Martin Lambert, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ausdrücklich untersagt.

Abkürzungs-, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

ACT	– Assertive Community Treatment
CM	– Case Management
eRECOVER	– E-Mental-Health Plattform von RECOVER
FACT	– Flexibles Assertive Community Treatment
ICM	– Intensive Case Management
IDS	– Integrated Delivery Service
IV	– Integrierte Versorgung
MC	– Managed Care
MCO	– Managed Care Organisation
RECOVER	– Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen
STÄB	– Stationsäquivalente Behandlung
TACT	– Therapeutisches Assertive Community Treatment
UKE	– Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
ZIV	– Zentrum für Integrierte Versorgung psychischer Störungen

Abb. 1	Schweregradverteilung psychischer Erkrankungen und deren Kennzeichen
Abb. 2	Lebenszeitrisiko für schwere psychische Erkrankungen bei verschiedenen Erkrankungen (in %-Anzahl Patienten)
Abb. 3	Evidenzbasierte Versorgungsmodelle für schwere psychische Erkrankungen
Abb. 4	Institutionen und Instrumente im Managed Care
Abb. 5	Integrierte Funktionen eines IDS
Abb. 6	Aufgabenspektrum eines Case Managers
Abb. 7	Der PDCA-Zyklus der Qualitätssicherung
Abb. 8	Das RECOVER-Modell
Abb. 9	Komponenten und Inhalte der E-Mental-Health Plattform eRECOVER
Abb. 10	Strukturen des ZIV im UKE als Managed Care Organisation
Abb. 11	Beispiele der Manuale der Interventionen im ZIV
Abb. 12	Maßnahmen zur Verbesserung des Versorgungszugangs

Tab. 1	Gegenüberstellung von wichtigen Merkmalen von Managed Care und traditionellem Versorgungssystem
Tab. 2	Instrumente zur Erreichung der Ziele der Qualitätssicherung
Tab. 3	Instrumente zur Beurteilung von Qualitätsindikatoren-Werten
Tab. 4	Komponenten von modernen (integrierten) Versorgungssystemen mit niedrigen, mittleren und hohen Ressourcen
Tab. 5	Indikationen zur Teilnahme
Tab. 6	Daten und Qualitätsvoraussetzungen von Mitarbeitern und Kooperationspartnern
Tab. 7	Aufgaben des Netzwerkmanagements
Tab. 8	Aufgaben der Patientenverwaltung
Tab. 9	Inhalte der multifaktoriellen Diagnostik (mit Darstellung wie im Arztbrief)
Tab. 10	Qualitätssicherungsmaßnahmen (QM)

Vorwort

Sehr geehrte
Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Interessierte,

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat in Deutschland ein strukturelles Problem. Eine hohe Anzahl von Betroffenen, Unzufriedenheit bei Patienten und Angehörigen, sowie hohe und fortlaufend steigende Kosten machen umfassende Reformen notwendig.

So gilt es, Effektivität und Effizienz der Versorgung zu erhöhen, aber vor allem eine verbesserte Versorgungsqualität für die Betroffenen und ihr soziales Netzwerk zu erreichen, insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Hier bedarf es einer Reihe von strukturellen und inhaltlichen Veränderungen, aber vor allem der Bewältigung zahlreicher Schnittstellen-, Steuerungs-, Koordinations-, Kommunikations- und Finanzierungsprobleme in der Versorgung.

Die zentralen Leitbegriffe sind dabei „Integrierte Versorgung“ und „Managed Care“, wobei der Begriff des Managed Care im englischen Sprachraum kaum mehr verwendet wird. Man spricht von „Integrated Care“. Beide Modelle sind nicht voneinander zu trennen, da Integrierte Versorgung auf den Prinzipien und Methoden des Managed Care beruht und Managed Care vom Prinzip her ein integriertes System zur Steu-

erung der medizinischen Versorgung ist. Entsprechend haben beide das Ziel, sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit zu verbessern.

RECOVER – das Modell der sektorenübergreifend koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen – ist ein solches Integriertes Versorgungsmodell. Es ist konzipiert, um den aktuell 467 psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Fachabteilungen in Deutschland ein Referenzmodell zur Verfügung zu stellen, welches eine verbesserte Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit für eine Vielzahl von psychischen Erkrankungen bewirkt.

Zur Umsetzung sektorenübergreifender Integrierter Versorgungsmodelle wie RECOVER müssen zahlreiche Prinzipien und Instrumente des Managed Care angewendet werden, beispielsweise die zugrundeliegende Organisationsstruktur oder verschiedene Managed Care-Instrumente wie Gatekeeping, selektives Kontrahieren oder sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Entsprechend bedarf es zur Umsetzung einer Managed Care Organisation (MCO), also eine Organisation, die alle Belange der Integrierten Versorgung umsetzt, führt und qualitätssichert.

Zur Umsetzung des RECOVER-Modells wurde hierzu beispielhaft eine MCO gegründet: das Zentrum für Integrierte Versorgung psychischer Erkrankungen (ZIV).

Das vorliegende Manual „Integrierte Versorgung (Managed Care) – Grundlagen und Organisation des Zentrums für Integrierte Versorgung psychischer Erkrankungen (ZIV) als Managed Care Organisation“ bildet entsprechend das organisatorische Grundgerüst für alle integrierten, interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlungsformen, die innerhalb des RECOVER-Modells umgesetzt und durch das ZIV organisiert werden.

Das Manual umfasst entspr. folgende Aspekte:

- 1.1. Probleme und Ursachen im deutschen Versorgungssystem, welche eine Integrierte Versorgung (Managed Care) rechtfertigen
- 1.2. Grundlagen von Integrierter Versorgung und Managed Care
- 1.3. Organisation der Integrierten Versorgung innerhalb des RECOVER-Modells

a) Inhaltliche Konzeption des RECOVER-Modells

- b) Strukturen und Aufgaben des Zentrums für Integrierte Versorgung psychischer Erkrankung (ZIV), das beispielhaft als MCO das RECOVER-Modell umsetzt und führt
- c) Erläuterung der Managed Care-Instrumente, welche innerhalb des ZIV angewendet werden

Das Manual soll Kliniken und Klinikern helfen, das RECOVER-Modell effektiv und effizient umzusetzen. Wir hoffen mit diesem Manual eine Hilfestellung geben zu können, um das deutsche Versorgungssystem für psychisch Kranke und ihre Familien und insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen evidenzbasierter, gemeindenaher und weniger stigmatisierend zu gestalten.

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	2. Kapitel: Grundlagen Integrierte Versorgung (Managed Care)	16
Abkürzungsverzeichnis	3	2.1 Einführung	16
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3	2.2 Grundlagen	17
Vorwort	4	2.2.1 Begriffsbestimmung Managed Care und Integrierte Versorgung	17
1. Kapitel: Das psychiatrische Versorgungssystem	10	2.2.2 Managed Care-Organisation (MCO)	19
1.1 Probleme	11	2.2.2.1 Integrated Delivery Systems (IDS)	19
1.1.1 Hohe Anzahl von Betroffenen	11	2.2.3 Managed Care-Instrumente	20
1.1.2 Unterschiedliches Risiken für schwere Erkrankungsformen	11	2.2.3.1 Vertragsgestaltung	20
1.1.3 Behandlungs- und Qualitätslücke	12	a) Versicherungsverträge	20
1.1.4 Unzufriedenheit bei Patienten und Angehörigen	12	a) Selektives Kontrahieren	20
1.1.5 Hohe und steigende Kosten	12	2.2.3.2 Vergütungssysteme	20
1.2 Ursachen	12	a) Ausgewählte Vergütungsformen	20
1.2.1 Fehlallokation von Ressourcen	12	2.2.3.3 Qualitäts- und Kostensteuerung	23
1.2.2 Fehlende Managed-Care Ansätze	13	a) Gatekeeping	23
1.2.3 Wartezeiten und „Right-Shift“ im Versorgungssystem	13	b) Guidelines und Behandlungspfade	25
1.2.4 Fehlende Akutbehandlung im häuslichen Umfeld	13	b) Utilization review und management	24
1.2.5 Fehlende evidenzbasierte Behandlung für schwere Erkrankungen	14	c) Case Management (CM)	24
1.2.6 Unzureichende gestufte Psychotherapieangebote	14	d) Crisis Resolution (CR)	26
1.2.7 Unzureichende Integration von innovativen Versorgungsansätzen	15	e) Assertive Community Treatment (ACT)	26
		f) Qualitätsmanagement	26
		2.3 Ziele und Erwartungen	30

Inhalt

3. Kapitel: Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER	32		
3.1 Einführung	32		
3.2 Konzeption des RECOVER-Modell	32		
3.2.1 Versorgungsgrundsätze	33		
3.2.2 Die neun Versorgungskomponenten	33		
3.2.3 Die E-Mental-Health Plattform eRECOVER	35		
3.2.3.1 eRECOVER PORTAL	35		
3.2.3.2 eRECOVER THERAPIERAUM	36		
3.2.4 Indikation zur Teilnahme (Teilnahmeberechtigung)	37		
3.3 Strukturen und Aufgaben der Managed Care Organisation	38		
3.3.1 Organisationsstruktur des ZIV	38		
3.3.1.1 Versorgungsziel	38		
3.3.1.2 Rechtliche Grundlage (Versicherungsvertrag) und Vergütungsform	38		
3.3.1.3 Gemeinsame Führungsstruktur	40		
3.3.2 Integriertes Leistungsangebot des ZIV	40		
3.3.2.1 Klinische, kaufmännische, administrative Leitung & Netzwerkmanagement	40		
3.3.2.1 a) Vertragswesen	40		
3.3.2.1 b) Personalwesen	41		
3.3.2.1 c) Netzwerkmanagement	42		
3.3.2.1 d) Patientenverwaltung	43		
3.3.2.1 e) Leistungsdokumentation	43		
3.3.2.1 f) Finanz- und Rechnungswesen	44		
3.3.2.2 Klinisches Leistungsangebot mit den fünf Kernbereichen	44		
3.3.2.2 a) Versorgungskoordination	44		
3.3.2.2 b) Zugang zur Versorgung	44		
3.3.2.2 c) Diagnostik und Indikationsstellung	46		
3.3.2.2 d) Crisis Resolution (Stationsäquivalente Behandlung)	48		
3.3.2.2 e) Psychotherapie	46		
3.3.2.2 f) (Intensives) Case Management	48		
		g) Assertive Community Treatment	49
		h) E-Mental-Health	49
		i) Supported Employment	49
		k) Kultur- und Sprachensible Versorgung	50
		l) Peer-Gesundheitsbegleiter	50
		3.3.2.3 Qualitätssicherung und Aus-, Fort- und Weiterbildung	50
		3.3.2.3 a) Integriertes Qualitätsmanagement	50
		3.3.2.3 b) Integrierte Aus-, Fort- und Weiterbildung	53
		3.3.2.3 c) Qualitätsberichte	54
		Literatur	55

Das psychiatrische Versorgungssystem



1.1 Probleme

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat in Deutschland ein strukturelles Problem. Die Probleme sind wie folgt:



Abb. 1 Schweregradverteilung psychischer Erkrankungen und deren Kennzeichen (nach Council of Australian Government 2012)

1.1.1 Hohe Anzahl von Betroffenen

20% der Bevölkerung sind innerhalb eines Jahres von mindestens einer relevanten psychischen Erkrankung betroffen (Council of Australian Governments 2012; siehe Abbildung 1). Diese 20% sind aber unterschiedlich schwer erkrankt. Die Schweregradverteilung ist wie folgt:

9–12% leichter Schweregrad

4–6% mittlerer Schweregrad

1–2% hoher Schweregrad

1–2% schwere psychische Erkrankung definiert durch eine dauerhafte und ausgeprägte Einschränkung des Funktionsniveaus (Delespaul et al. 2013)

- Common Mental Disorder (CMD), z. B. unipolare Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen oder somatoforme Störungen. Deren Kennzeichen ist: häufige Erkrankungen, aber selten(er) schwerer Verlauf.
- Severe oder Serious Mental Illness (SMI), z. B. Schizophrenie-Spektrumsstörungen, bipolare Störungen, Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung. Deren Kennzeichen ist: seltenere Erkrankungen, aber häufig bis sehr häufig schwerer Verlauf.

In Abbildung 2 ist das unterschiedliche Lebenszeitrisko für eine schwere psychische Erkrankung mit dauerhafter und ausgeprägter Einschränkung des Funktionsniveaus je nach Art der psychischen Erkrankung dargestellt (Delespaul et al. 2013). Das Risiko ist bei psychotischen Störungen, insbesondere bei der Schizophrenie, Schizophrenie-Spektrumsstörungen oder bipolaren Störungen / psychotischer Depression am höchsten. Bei CMDs wie Depression oder Angststörungen ist das Risiko vergleichsweise gering.

1.1.2 Unterschiedliche Risiken für schwere Erkrankungsformen

Das Risiko für schwere Formen von psychischen Erkrankungen ist unterschiedlich verteilt (siehe Abbildung 1 und 2). Man unterscheidet:

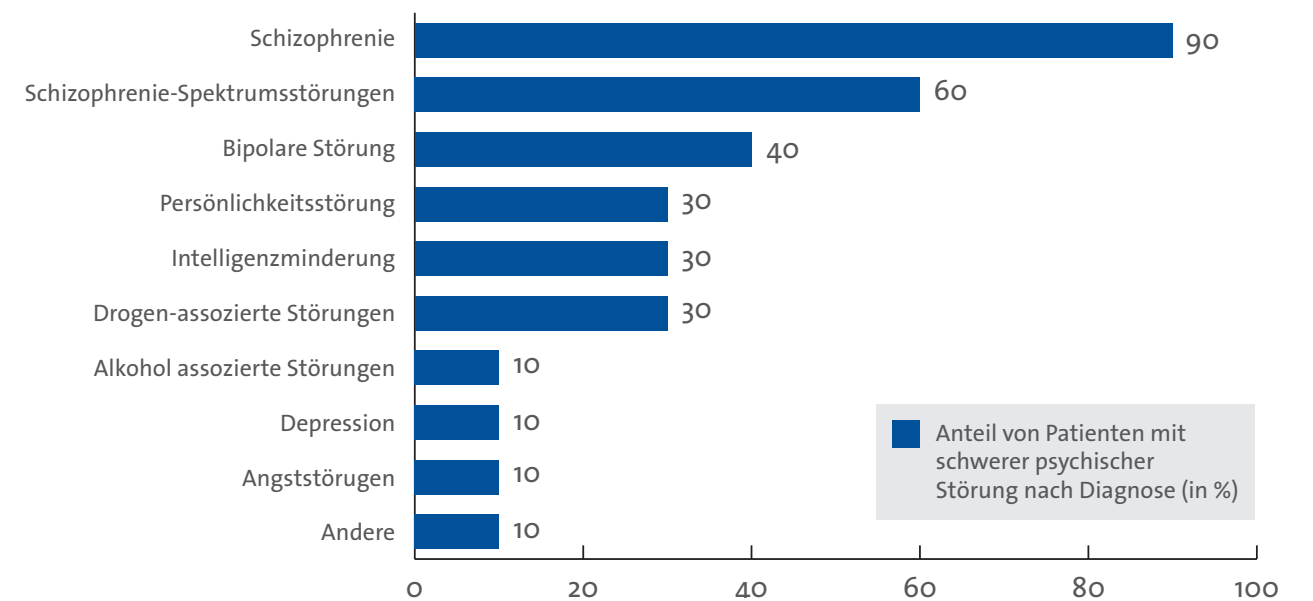


Abb. 2 Lebenszeitrisko für schwere psychische Erkrankungen bei verschiedenen Erkrankungen (in %-Anzahl Patienten; nach Delespaul et al. 2013)

Das psychiatrische Versorgungssystem

1.1.3 Behandlungs- und Qualitätslücke

Psychische Erkrankungen sind für einen großen Anteil der Behinderung bei den Bürgern der Europäischen Union verantwortlich (Barbato et al. 2016). Der hohe Behinderungsanteil erklärt sich u. a. durch das frühe Ersterkrankungsalter, die hohe Erkrankungspersistenz und die häufig ausgeprägte Beeinträchtigung des sozialen Funktionsniveaus.

Allerdings spielen auch Versorgungsaspekte eine wesentliche Rolle, v. a.

1. ein unzureichender Versorgungszugang zu Behandlung, also Personen, die trotz psychischer Erkrankung keinen Kontakt zum Versorgungssystem haben (englisch „Treatment Gap“ = Behandlungslücke) und
2. ein unzureichender Versorgungszugang zu effektiver (evidenzbasierter) Behandlung, also Personen, die trotz Kontakt zum Versorgungssystem keine nachgewiesene effektive (evidenzbasierte) Behandlung erhalten (englisch „Quality Gap“ = Qualitätslücke).

Bezüglich der Häufigkeit der Behandlungslücke zeigen Studien, dass etwa 30% bis 80% aller Menschen mit psychischer Erkrankung sich in keiner Behandlung befinden (Thornicroft 2007). Ebenfalls häufig ist, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sich in Behandlung befinden, keine effektive Behandlung erhalten. Es wird geschätzt, dass durchschnittlich nur jeder fünfte bis zehnte Patient eine effektive Behandlung erhält, also etwa 10-20% (Barbato et al. 2016).

1.1.4 Unzufriedenheit bei Patienten und Angehörigen

Aufgrund der o.g. Probleme sind Betroffene und deren Angehörige unzufrieden mit dem Versorgungssystem. Die Forderungen der AGENDA 2020 des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker zur „Unterstützung und Versorgung für psychisch kranke Menschen und ihre Familien im 21. Jahrhundert“ ist bis

heute größtenteils nicht umgesetzt (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker 2013).

1.1.5 Hohe und steigende Kosten

Psychische Erkrankungen verursachen hohe und fortlaufend steigende Kosten in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Arbeitsunfähigkeit, Produktivitätsausfall und Frühberentung. Die direkten und indirekten Kosten belaufen sich mittlerweile auf 3-4% des Bruttoinlandsprodukts, in Deutschland 2014 etwa 88-117 Milliarden € (Organization for Economic Co-operation and Development 2014). Davon sind alleine 13 Milliarden € Kosten durch Arbeitsunfähigkeit (BAUA 2016).

1.2 Ursachen

Die wesentlichen Ursachen für diese Probleme sind:

1.2.1 Fehlallokation von Ressourcen

Deutschland hat auf die strukturellen Probleme mit einem unsystematischen Ressourcenzuwachs reagiert (Lambert et al. in Druck). Beispielsweise wurden im Gegensatz zu fast allen anderen europäischen Ländern psychiatrische Krankenhausbetten aufgebaut, während der vorwiegende Anteil anderer Länder Betten zugunsten ambulanter gemeindepsychiatrischer Versorgung abgebaut haben (EUROSTAT 2016). Der letzte Report der Gesundheitsministerkonferenz berichtet sogar über Zuwächse in fast allen Bereichen des Versorgungssystems, u. a. in der Anzahl der Kliniken und Fachabteilungen und deren stationären und teilstationären Behandlungsplätzen (v. a. stationäre Psychotherapie), den psychiatrischen Institutsambulanzen und deren Fällen, sowie der Anzahl von niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (Gesundheitsministerkonferenz 2012).

Dieser ständige und unsystematische Aufbau verändert zwar die Quantität der Ressourcen, aber nicht deren Qualität. Andere Länder wie Australien haben

aber schon lange erkannt, dass die „Qualitätslücke“ wohl das eigentliche Problem der Versorgung ist (Jorm 2015; siehe 1.1.3).

1.2.2 Fehlende Managed-Care Ansätze

Ein wesentliches Problem des Versorgungssystems bleibt weiterhin die fehlende strukturierte Zusammenarbeit (und Finanzierung) von Leistungserbringern gleicher und verschiedener Leistungssektoren, die fehlende Implementierung von sektorenübergreifenden und evidenzbasierten Behandlungsmodellen inklusive Schnittstellenmanagement, sowie die fehlende sektorenübergreifende Qualitätssicherung (Lambert et al. in Druck). Es sind zwar eine Reihe von Integrierten Versorgungsmodellen in Deutschland umgesetzt, jedoch arbeiten diese selten sektorenübergreifend, schließen v. a. Patienten mit CMDs ein und übernehmen selten zentrale Managed Care-Aufgaben wie eine finanzielle Verantwortung (Steckermaier 2010, Kilian 2014).

1.2.3 Wartezeiten und „Right-Shift“ im Versorgungssystem

Immer noch besteht kein standardisierter und zeitnaher Zugang zum (ambulantem) Versorgungssystem. Dies betrifft die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (Bundespsychotherapeutenkammer 2011, Walendzik et al. 2011), ebenso wie den Zugang zu ambulanter Krisenintervention (Lambert et al. 2017). Aufgrund der langen Wartezeiten und u. a. falschen finanziellen Anreizen kommt es zum „Right-Shift“ im Versorgungssystem, d. h. eine zu schnelle Inanspruchnahme intensiverer und teurerer Behandlungsinstitutionen (z. B. stationäre Behandlung; Lambert et al. in Druck). Weitere Folgen sind u. a. eine lange Dauer unbehandelter Erkrankungsepisoden mit Erkrankungsprogression, langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und hohe (Folge-)kosten (OECD 2014, STATISTA 2016).

1.2.4 Fehlende Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Im Gegensatz zu vielen OECD-Ländern sind sog. Crisis Resolution Teams zur Akutbehandlung im häuslichen Umfeld noch nicht implementiert (Murphy et al. 2015; Paton et al. 2016; Lambert et al. 2017, Lambert & Kraft 2017a). Damit steht weiterhin kein Behandlungsmodell zur Verhinderung oder Verkürzung stationärer und teilstationärer Aufnahmen zur Verfügung. Innerhalb des 2017 geltenden „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) wurden jetzt die Implementierung solcher Teams gesetzlich verankert (Deutscher Bundestag 2016). Entsprechend wurde unter Leitung der DGPPN ein Positionspapier zur Umsetzung der „Stationsäquivalenten Behandlung im häuslichen Umfeld“ erarbeitet (DGPPN 2017).

Das psychiatrische Versorgungssystem

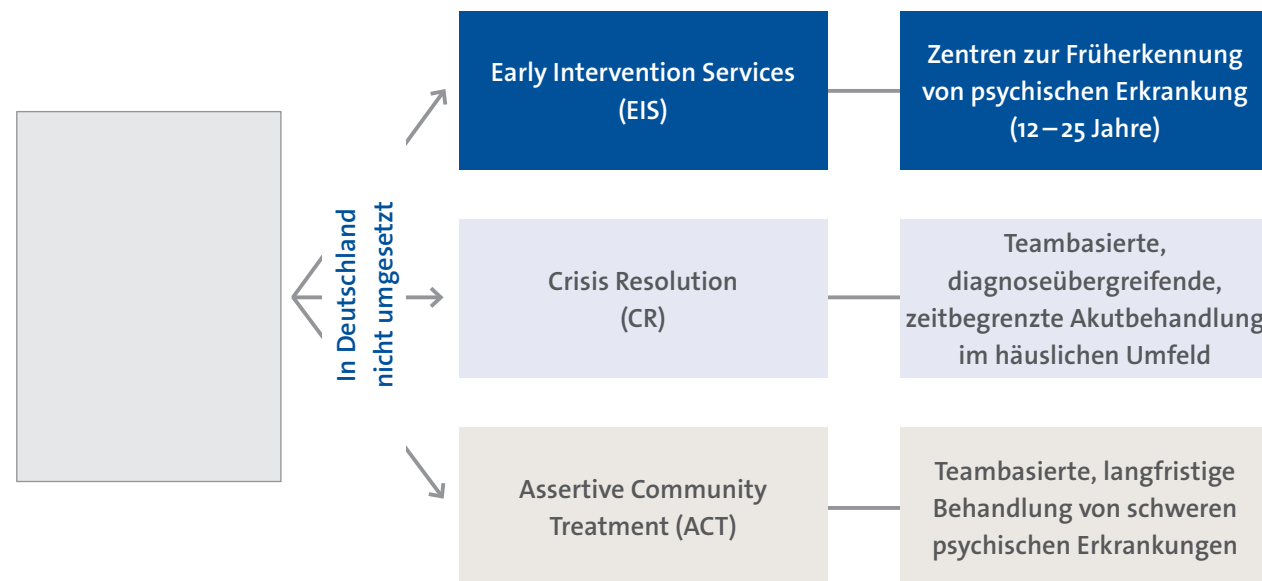


Abb. 3 Evidenzbasierte Versorgungsmodelle für schwere psychische Erkrankungen (OECD 2014)

1.2.5 Fehlende evidenzbasierte Behandlung für schwere Erkrankungen

Laut OECD-Report (2014) ist in Deutschland keines der evidenzbasierten Behandlungsmodelle für schwere psychische Erkrankungen systematisch implementiert (siehe auch Gühne et al. 2015). Diese umfassen

1. **Early Intervention Services** (EIS; NHS England 2016),
2. **Crisis Resolution Teams** (CRT; Paton et al. 2016; Lambert & Kraft 2017a),
3. **Intensive Case Management** (ICM; Dieterich et al. 2017) und
4. **Assertive Community Treatment Teams** (ACT; Marshall & Lockwood 2011). Innerhalb des ACT-Versorgungsmodells existieren im Prinzip zwei wesentliche Varianten:

a. Flexible Assertive Community Treatment (FACT)

Fachärztlich geleitetes, multiprofessionelles Team, das eine ambulante, aufsuchend-nachgehende und langfristige Behandlung im häuslichen Umfeld für

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbietet. FACT verbindet Ansätze des ACT und des Case Management innerhalb eines teambasier-ten Behandlungsmodells (FACT 2017).

b. Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT)

Fachärztlich geleitetes, multiprofessionelles Team, das eine ambulante, aufsuchend-nachgehende und langfristige Behandlung im häuslichen Umfeld für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbietet. TACT haben folgende Kernelemente: (1) Fachärztlich geleitet, multiprofessionell, (2) intensive Behandlung über einen langen Zeitraum, (3) 24 h/tgl. 7 Tage/Woche Krisenintervention, (4) hochfrequente Behandlung, (5) Experten für Psychosen und bipolare Störungen, (6) Psychotherapie fester Bestandteil der Behandlung (Lambert et al. 2015a; Lambert & Kraft 2017b).

1.2.6 Unzureichende gestufte Psychotherapieangebote

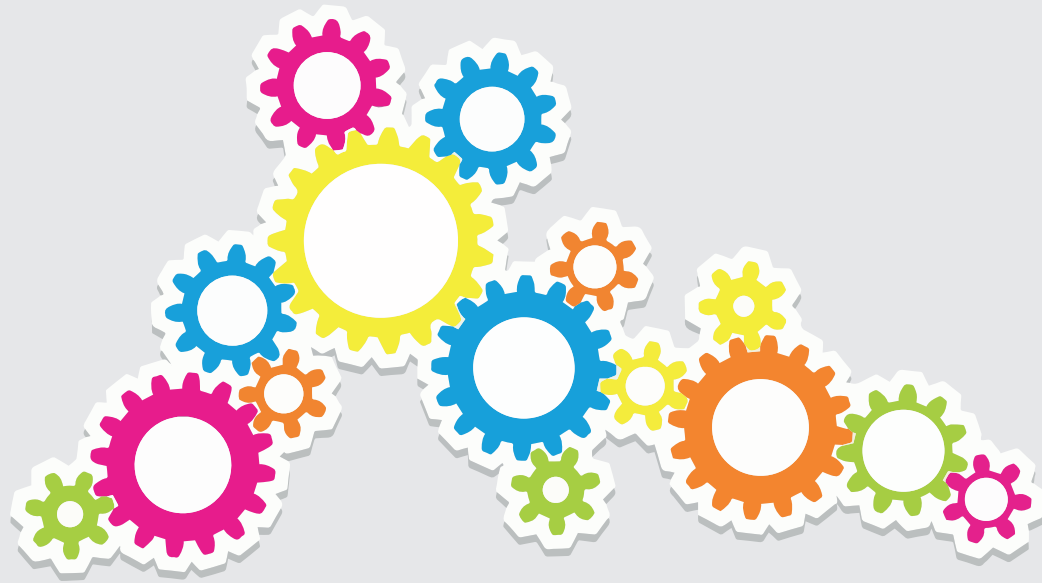
Will man bei gleichbleibenden Ressourcen die ambulante Psychotherapie an dem „Shift“ zur

vermehrten Versorgung schwererer psychischer Erkrankungen beteiligen, müssen alternative Psychotherapieangebote, v. a. für Patienten mit leichten- und mittelgradigen Erkrankungen ausgebaut werden. Hierzu gehören v. a. gestufte Kurzzeittherapien oder Gruppenpsychotherapien (Walendzik et al. 2011) und e-Therapie (Mook 2014, Hauth 2016, Meurk et al. 2016). Bzgl. der Psychotherapie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA 2016) mit der am 1. April 2017 in Kraft tretenden Psychotherapie-Richtlinie schon Regelungen zur Flexibilisierung und Zugangserleichterung geschaffen. Hierzu zählen v. a. die Einrichtung von sog. Psychotherapeutischen Sprechstunden, erweiterte Erreichbarkeit und flexiblere Versorgungsangebote.

1.2.7 Unzureichende Integration von innovativen Versorgungsansätzen

Laut OECD-Report gehören hierzu v. a. Innovationen aus den Bereichen E-Mental-Health (Mook 2014, Hauth 2016, Meurk et al. 2016), zeitnahe und teambasierte Ausbildungs- und Arbeits(re)integration (z.B. Supported Employment; Kinoshita et al. 2013; Gühne & Riedel-Heller 2014, Marshall et al. 2014), Verbesserungen im Bereich kultur- und sprachsensibler Versorgung (Möske 2015) oder die Patienten- und Angehörigenbeteiligung in Therapie und Organisation von Versorgung (Lloyd-Evans et al. 2014).

Grundlagen Integrierte Versorgung (Managed Care)



2.1 Einführung

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat also in Deutschland, wie auch in anderen Ländern, ein strukturelles Problem. Eine hohe Anzahl von Betroffenen, Unzufriedenheit bei Patienten und Angehörigen, sowie hohe und fortlaufend steigende Kosten machen umfassende Reformen notwendig (Lambert et al. Druck).

Grundlegend ist dabei davon auszugehen, dass eine weitere unsystematische Steigerung von Ressourcen in allen Bereichen des Versorgungssystems keine Veränderung bewirken wird, insbesondere keine qualitative Verbesserung. Im Gegenteil, wollte man alle 15 Millionen Personen mit relevanten psychischen Erkrankungen pro Jahr behandeln, müsste man unser Versorgungssystem theoretisch um das etwa 3-4fache skalieren, d.h. beispielsweise nicht 467 psychiatrische Kliniken und Fachabteilungen in Deutschland, sondern 1400 bis 1900 (Lambert et al. in Druck).

Eine weitere grundlegende Frage ist, wer in Zukunft eine sektorenübergreifende Versorgung organisieren soll. Diese Frage muss vor dem Hintergrund diskutiert werden, dass Kliniken den ressourcenstärksten Teil des deutschen Versorgungssystems darstellen und in vielen ländlichen Regionen der einzige Versorgungsanbieter sind. Zudem bewegen sich Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen häufig alleine in dem Kreislauf „Klinik – Psychia-

trische Institutsambulanz – Klinik“, so dass deren Versorgungsverbesserung nur mit der Beteiligung von Kliniken gelingen kann. Hier muss gleichzeitig eine große Fehlsteuerung des Versorgungssystems verändert werden, denn nur 3-5% der Patienten in der ambulanten Psychotherapie erfüllen die Kriterien einer schweren psychischen Erkrankung (Kruse & Herzog 2012, Psychoreport 2015).

Es spricht also einiges dafür, dass die Integrierte Versorgung (Managed Care) psychischer Erkrankungen in Zukunft eine von Kliniken ausgehende Versorgungsform sein sollte und wird.

Wer aber solche Integrierten Versorgungsformen umsetzen möchte, trifft auf ein komplexes und hochgradig zergliedertes Sozial- und Gesundheitssystem und die damit einhergehenden vielfältigen Schnittstellen-, Steuerungs-, Koordinations-, Kommunikations- und Finanzierungsprobleme in der psychiatrischen Versorgung. Beispielsweise hat die Empfehlung einer „wohnortnahen Versorgung“ zur Implementierung von vielen separaten ambulanten Versorgungsinstitutionen geführt, die eher zur Steigerung der Desintegration und Diskontinuität geführt haben (Kilian 2014). Darüber hinaus führt das arbeitsteilige Sozial- und Gesundheitssystem zu dem Problem, der mangelnden Steuerbarkeit und der unzureichenden bedarfsorientierten Gesamtplanung psychiatrischer Versorgung (Steckmaier 2010).

Eine weitere wesentliche Herausforderung ist die Entwicklung eines Anreizsystems, dass Kliniken eine wirtschaftlich ungefährdete Umstrukturierung hin zu einem gemeindenahen Versorgungsanbieter erlaubt. Solche Anreizsysteme sind angesichts des hohen Privatisierungsanteils psychiatrischer Kliniken in Deutschland dringend notwendig. Die aktuelle Ausgangslage ist aber, dass Deutschland seit Jahrzehnten fortlaufend voll- und teilstationäre Plätze aufbaut, v. a. für Patienten, die in anderen Versorgungssystemen überhaupt nicht in Kliniken behandelt werden (z. B. Psychosomatik; Gesundheitsministerkonferenz 2012). Was fehlt, ist also auch eine grundlegende Entscheidung von Politik und Gesellschaft zum Umbau des psychiatrischen Versorgungssystems hin zu einer wohnortnahen und gesellschaftlich integrierenden Versorgung.

RECOVER – das Modell der sektorenübergreifend-kordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen – ist ein Integriertes Versorgungsmodell, welches für psychiatrische Kliniken oder Fachabteilungen konzipiert wurde. Das RECOVER-Modell ist ein Integriertes Versorgungsmodell, dass Kliniken eine wirtschaftlich ungefährdete Umstrukturierung hin zu einem gemeindenahen Versorgungsanbieter erlaubt. Innerhalb des Modells werden zahlreiche Prinzipien und Methoden des Managed Care umgesetzt. Um diese besser zu verstehen, werden zunächst Grundlagen des Managed Care beschrieben.

2.2 Grundlagen

2.2.1 Begriffsbestimmung Managed Care und Integrierte Versorgung

Managed Care ist ein in den USA entwickeltes Organisationsprinzip, um die Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung durch die Anwendung betrieblicher Managementmethoden zu verbessern (Schwartz und Wismar 2003). Eine wesentliche Definition von Managed Care ist:

„Managed Care ist gesteuerte Versorgung und somit die Anwendung von Management-Prinzipien mit zumindest partieller Integration der Leistungsfinanzierung und -erstellung sowie selektives Kontrahieren der Leistungserbringer. Ziel ist die effiziente Steuerung von Kosten und Qualität im Gesundheitswesen und somit eine Optimierung der Versorgung. Managed Care umfasst Organisationsmodelle und Steuerungsinstrumente, die die Versorgungsstrukturen aus der Sicht des Patienten optimieren. Der Blickwinkel ist somit eine konsequente Optimierung der Wertschöpfungskette aus Patientensicht“ (Amelung 2012a).

Integrierte Versorgung wird im deutschen Versorgungssystem folgendermaßen definiert:

„Unter integrierter Versorgung ist eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende (vertikale) Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinäre-fachübergreifende (innerhalb eines Leistungssektors horizontale) Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu verstehen, die direkte, freie vertragliche Beziehungen zwischen Leistungserbringern und den Kostenträgern gesetzlicher Krankenversicherung vorsieht“ (Wohlgemuth 2007).

Entsprechend sind Integrierte Versorgung und Managed Care prinzipiell nicht voneinander zu trennen, insbesondere dann nicht, wenn es sich um eine sektorenübergreifende Versorgung handelt. Integrierte Versorgung beruht auf den Prinzipien und Methoden des Managed Care und Managed Care ist vom Prinzip her ein integriertes System zur Steuerung der medizinischen Versorgung. Entsprechend haben beide das Ziel, sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit zu verbessern.

2.2.2 Managed Care-Organisation (MCO)

Als Managed Care Organisationen (MCOs) werden Institutionen bezeichnet, die zumindest partiell die Funktionen Leistungsfinanzierung und Leistungser-

Grundlagen Integrierte Versorgung (Managed Care)

stellung integrieren und unter Einsatz von Managed Care-Instrumenten die Gesundheitsversorgung organisieren (Sekhri 2000, Wiechmann 2013; Amelung 2012b; siehe Abbildung 4).

In der Literatur wird dabei zwischen versicherungs- und anbieterorientierten MCOs unterschieden. Zudem agieren im Umfeld von MCOs besondere Gesundheitsdienstleister oder Unternehmensbera-

tungen, die spezielle Leistungskomplexe anbieten (siehe Abbildung 4).

MCOs haben mit den Leistungsfinanzierern die Möglichkeit, besondere vertragliche Vereinbarungen auszugestalten, z.B. bzgl. Prämien, Vergütungssystem, Leistungen und Qualitäts- und Kostensteuerung (siehe Abbildung 4).

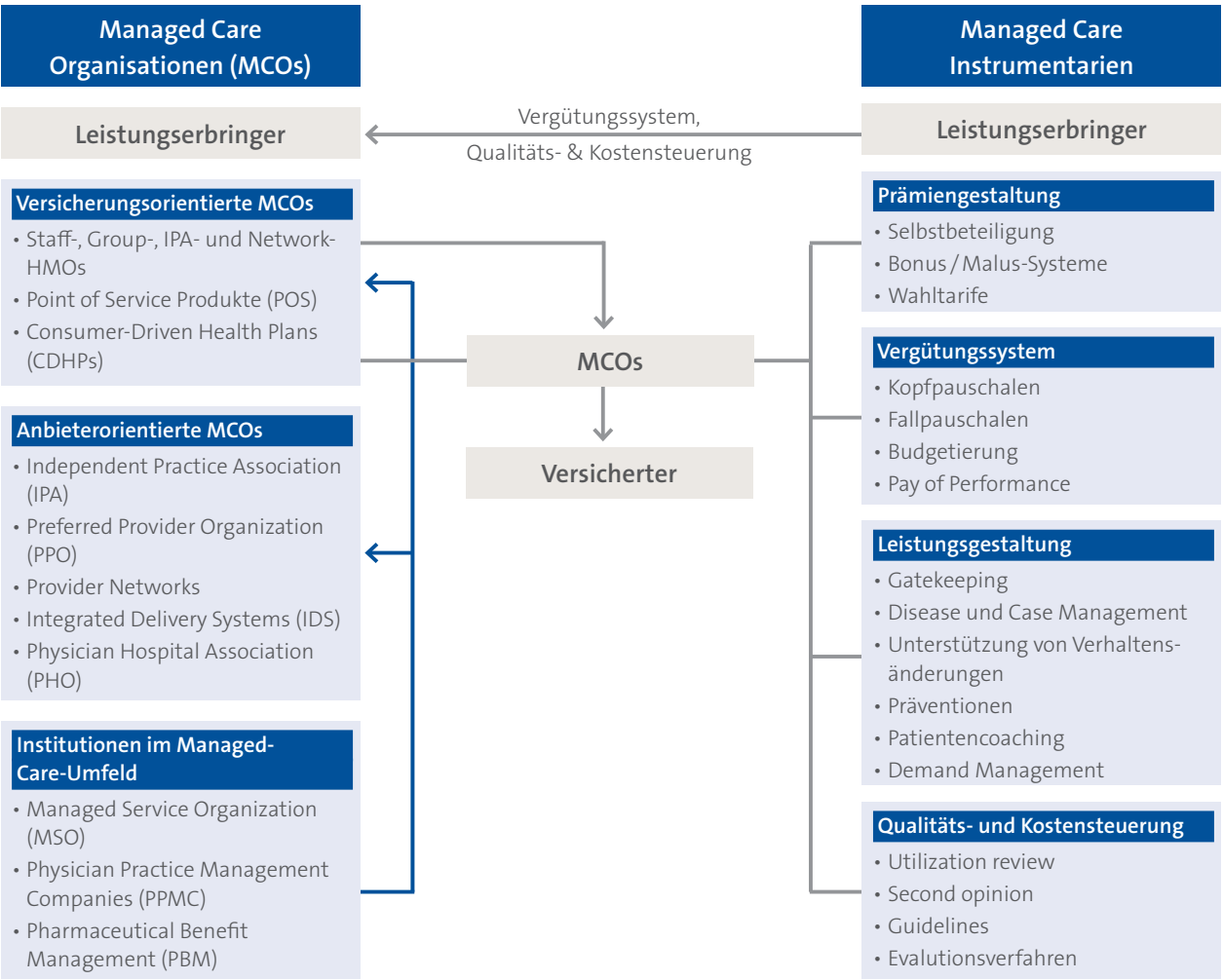


Abb. 4 Institutionen und Instrumente im Managed Care (adaptiert nach Amelung 2012a)

Es ist nicht Aufgabe dieses Manuals, einzelne MCO-Typen genauer zu erläutern (siehe Abbildung 4). Dies ist insofern auch nicht sinnvoll, da viele diese Organisationstypen für das amerikanische Versorgungssystem konzipiert und damit nicht 1:1 auf das deutsche Versorgungssystem übertragbar sind.

Eine MCO-Organisationsform, das sog. Integrated Delivery Systems (IDS), integriert aber einige Organisationsstrukturen, die auch für die Integrierte Versorgung in Deutschland wesentliche Grundlagen darstellen können (siehe Abbildung 5). Insofern werden die Strukturen und Prozesse von IDS nachfolgend näher erläutert.

2.2.2.1 Integrated Delivery Systems (IDS)

Ein IDS ist ein Netzwerk von Organisationen, Institutionen und Partnern, welche sich zusammenschließen und die Leistungen selbst erbringen oder die Erstellung organisieren und zwar über das gesamte Kontinuum von Gesundheitsbedürfnissen hinweg. Charakteristisch für IDS sind folgende Komponenten (siehe Abbildung 5):

- **Gemeinsame Führungsstruktur**
Beteiligte Organisationen, Institutionen und Partner bilden zusammen eine MCO und entwickeln eine gemeinsame Führungsstruktur zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Integrierten Versorgung.
- **Gemeinsame Funktionsintegration**
Die gebildete MCO übernimmt zumindest partiell die sektorenübergreifende Integration von Finanz- und Rechnungswesen, strategische Planung, Leistungsdokumentation, Marketing, etc.
- **Integrierte Informationssysteme**
Die MCO organisiert ein Patienteninformationssystem, welches in allen Teilen der sektorenübergreifenden Versorgung zugänglich ist.

- **Kontinuum der Leistungserstellung**
Die MCO ist in der Lage, über die Sektorengrenzen hinweg, ein Kontinuum an Leistungen anzubieten, d.h. z.B. Krankenhausleistungen, ambulante und rehabilitative Leistungen.
- **Integriertes Qualitätsmanagement**
Als Teilaufgabe der MCO wird eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung implementiert (siehe Kapitel 2.2.3.3).
- **Kopfpauschalen**
Die MCO erhält für den Versicherten eine Kopfpauschale über einen bestimmten Zeitraum, die bestenfalls das gesamte Kontinuum der sektorenübergreifenden Leistungsanspruchnahme abdeckt.
- **Verantwortung für den Gesundheitsstatus der Teilnehmer**
Die MCO übernimmt zumindest teilweise die Verantwortung für den Gesundheitsstatus der Teilnehmer, z.B. für alle Behandlung im Krankenhaus.



Abb. 5 Integrierte Funktionen eines IDS als MCO-Organisationsform

Grundlagen Integrierte Versorgung (Managed Care)

2.2.3 Managed Care-Instrumente

Managed Care beinhaltet eine Vielzahl von Instrumenten (siehe Abbildung 4 und Tabelle 1). Im Folgenden sollen einige Managed Care-Instrumente, die einen engen Bezug zur Integrierten Versorgung aufweisen, erläutert werden. In Tabelle 1 sind diese der Regelversorgung gegenübergestellt. Krankheits-spezifische Instrumente wie z.B. das „Disease Ma-nagement“ werden nicht erläutert.

2.2.3.1 Vertragsgestaltung

a. Versicherungsverträge

Im Rahmen von Integrierter Versorgung (Managed Care) werden gesonderte Versicherungsverträge zwischen Leistungserbringern (Vertragsnehmer) und Leistungsfinanzierern (Krankenkassen) geschlossen. Vertragsnehmer ist zumeist eine Managed Care Or-ganisation. Eine MCO schließt dann ggf. Beitrittsver-träge mit anderen Leistungserbringern (z.B. nieder-gelassene Fachärzte, Pflegedienste).

Die Gestaltungsmöglichkeiten dieser Verträge sind variabel, umfassen aber zumeist folgende Kern-bereiche:

- Vertragspartner (Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer)
- Präambel
- Medizinische Ausgangssituation
- Ziele und Zweck des Vertrages
- Beschreibung der Versorgungsform (Leistungsgestaltung)
- Definition der Indikation (Teilnahmeberechtigung)
- Vergütungssystem
- Qualitätssicherung
- Administrativer Ablauf (Workflow)
- Anlagen (beispielsweise):

- Beitrittserklärung externer Leistungser-bringer (wenn Leistungen außerhalb MCO)
- Teilnahmeerklärung für Versicherte
- Dokumentation der Leistungsgestaltung und Qualitätssicherung

b. Selektives Kontrahieren

Ein wichtiges Element effektiver und effizienter Leistungsgestaltung ist die Auswahl geeigneter Leistungserbringer. Selektives Kontrahieren umfasst dabei die Vertragsbeziehungen einer MCO mit Lei-stungserbringern. Vertragsinhalt sind konkrete Lei-stungen, die durch den Leistungserbringer innerhalb der Integrierten Versorgung übernommen werden. Entsprechend werden nur Leistungsanbieter vergü-tet, mit denen die MCO einen Vertrag geschlossen hat. Dadurch wird die Wahlfreiheit des Versicherten eingeschränkt.

Durch selektives Kontrahieren sollen vor allem fol-gende Ziele erreicht werden:

- Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung durch gezielte Auswahl der Leistungserbringer
- Verbesserte Kapazitätsplanung
- Kosteneinsparung durch aktive Kostenkontrolle

Selektives Kontrahieren entspricht dabei dem Grundgedanken der Integrierten Versorgung in Deutschland, ist allerdings in weiten Teilen nicht kompatibel mit dem aktuellen deutschen Gesund-heitssystem.

2.2.3.2 Vergütungssysteme

a. Ausgewählte Vergütungsformen

Besondere Vergütungsformen sind ebenfalls Instru-mente des Managed Care. Sie sollen folgende Funk-tionen erfüllen (Steckermaier 2010):

- Die Vergütungsform soll einen Anreiz schaf-fen, die Leistungen wirtschaftlich und am tat-sächlichen Bedarf orientiert zu erbringen und zwar bei gleichzeitiger Erhöhung der Qualität.
- Ein Vergütungssystem soll innovationsför-dernd hinsichtlich der Anwendung moderner und qualitätsverbessernder medizinischer Behandlung wirken.

Die wichtigsten Vergütungssysteme von MCOs sind:

- **Kopfpauschale (Capitation)**
Definition: Leistungserbringer erhalten für jeden Patienten einen zeitlich definierten Geldbetrag. Zur Berechnung der Kopfpauschale, ist eine klare Definition der darin enthaltenen Leistungen notwendig. Grund-sätzlich können alle notwendigen Versor-gungsleistungen in der Pauschale enthalten sein.
- **Erfolgsorientierte Vergütung (Pay for Performance)**
Definition: Kombination von Capitation-Vergü-tung mit erfolgsorientierten Anteilen. Dabei entsteht jedoch die Schwierigkeit, entspre-chende Kriterien zu entwickeln, die es ermög-lichen einen Erfolg (Performance) im Sinne der Behandlung messbar zu machen.
- **Einzelleistungsvergütung (Fee for Service)**
Definition: Die Einzelleistungsvergütung fin-det bei Ärzten eine hohe Akzeptanz und bietet auf Märkten, an denen nur wenige Managed Care Organisationen teilnehmen, einen Anreiz einem Versorgungsvertrag beizutreten. Da das gesamte Morbiditäts- und Moral Hazard Risiko (Verkürzt: Gesundheitsverhalten der Versicherten) durch die Versicherung oder der Managed Care Organisation getragen wird, ist es für die Leistungserbringer eine relativ kalkulierbare Vergütungsform.

Tab. 1 Gegenüberstellung von ausgewählten Instrumenten von Managed Care und traditionellem Versorgungssystem (nach Amelung 2012a)

Managed Care	Traditionelles System (Regelversorgung)
Vertragsgestaltung	
Versicherungsverträge	
• Zumindest partielle Aufhebung der Trennung zwischen Leistungserstellung und Leistungsfinanzierung • Leistungserbringer und -finanzierer teilen sich das Kostenrisiko (risk sharing)	• Strikte Trennung zwischen Leistungserstellung und Leistungsfinanzierung • Das Risiko liegt nur beim Leistungsfinanzierer • Fragmentierte Leistungserstellung mit erheblichen Schnittstellenproblemen • Kostenerstattungsprinzip
Selektives Kontrahieren	
• Gezielte Auswahl der Leistungsanbieter • Differenziertes System zur Auswahl von Leistungsanbie-tern • Einschränkung der Wahlfreiheit	• Kontrahierungspflicht • Keine Instrumente zur Beurteilung von Leistungs-anbietern • Freie Wahl des Leistungsanbieters

Grundlagen Integrierte Versorgung (Managed Care)

Managed Care	Traditionelles System (Regelversorgung)
Vergütungssysteme	
Ausgewählte Vergütungsformen	
• Kopfpauschale (Capitation) • Erfolgsorientierte Vergütung (Pay for Performance) • Einzelleistungsvergütung (Fee for Service)	• Getrennte Budgets (Krankenhaus und ambulant, Gesundheits- und Sozialsystem) • Pauschalen (z. B. bezogen auf Tag oder Quartal) • Einzelleistungsvergütung
Qualitäts- und Kostensteuerung	
Gatekeeping	
• Sicherstellung eines koordinierten und sektorenübergreifenden Behandlungsablaufs • Beginn mit den effektiven und ressourcensparenden Interventionen • Gesondertes Gatekeeping bei Interventionen mit hohem Ressourcenverbrauch (z. B. Krankenhaus)	• Hausarztmodell • Keine wirkliche Umsetzung des Gatekeeping-Modells
Guidelines und Behandlungspfade	
• Interventionen richten sich, wenn immer möglich, nach Leitlinien inklusive Behandlungspfaden und Qualitätssicherungskriterien	• Angestrebt, aber große Qualitätslücke (siehe Kapitel 1.1.3)
Utilization review und management	
• Beurteilung der Angemessenheit der medizinischen Leistungen. • Gutachter oder Netzwerkpartner legen Interventionen für andere Netzwerkpartner fest (teilweise Verlust der Diagnose- und Therapiefreiheit)	• Medizinischer Dienst der Krankenkassen beurteilt Angemessenheit der medizinischen Leistungen, aber erst nach Leistungserbringung und damit ohne Einfluss auf den Leistungsumfang.
Case Management	
• Kooperativer Prozess durch den die Versorgung geplant, bewertet, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert wird • Für Fälle mit hohen Kosten und hohem Aufwand • Einsatz von Case Manager	• Nicht implementiert in der Regelversorgung • Ansätze in den Konzepten der Bezugstherapie in PIA, psychiatrische Fachpflege
Crisis Resolution	
• Evidenzbasiertes Versorgungsmodell mit der Aufgabe einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld zur Verhinderung oder Verkürzung stationärer und teilstationärer Aufnahmen	• Nicht implementiert in der Regelversorgung
Assertive Community Treatment	
• Evidenzbasiertes Versorgungsmodell für eine aufsuchend-nachgehende und langfristige Behandlung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	• Nicht implementiert in der Regelversorgung
Qualitätsmanagement	
• Sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement in den Bereichen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse	• Nicht implementiert in der Regelversorgung • Im stationären Bereich Audits

2.2.3.3 Qualitäts- und Kostensteuerung

a. Gatekeeping

Klassischerweise wird unter dem Begriff des Gatekeeping verstanden, dass jede Behandlungsepisode mit Ausnahme von Notfällen und einigen anderen definierten Leistungsbereichen mit einem Besuch beim Facharzt für Allgemeinmedizin beginnt. Damit delegiert der Versicherte die Behandlungsplanung an einen Gatekeeper. Der Gatekeeper soll einen koordinierten und sektorenübergreifenden Behandlungsablauf sicherstellen und quasi die Clearing-Stelle sein. Alle Behandlungen, selbsterbrachte oder überwiesene, laufen über seinen Tisch und werden von ihm koordiniert.

Diese Form des Gatekeeping ist bei psychischen Erkrankungen mit einer Vielzahl von Schwierigkeiten verbunden:

- Der Anteil richtig gestellter differenzierter psychiatrischer Diagnosen liegt in der primärärztlichen Versorgung bei unter 5% (Hach et al. 2003). Dadurch ist eine richtige Koordination des Behandlungsablaufs erschwert.
- Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen haben zahlreiche Probleme, die Gatekeeping durch Hausärzte erschweren, u.a. seltene Inanspruchnahme, Behandlungsabbruch, fehlende Krankheitseinsicht, Wartezeiten (auch bei Fachärzten nach Überweisung durch Hausärzte), geringer Anteil mit Zugang zu Psychotherapie, direkte Inanspruchnahme von Kliniken (Lambert et al. 2016).

Nichtsdestotrotz ist Gatekeeping ein sinnvolles Element in der sektorenübergreifenden Gesamtversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, allerdings an anderen Stellen und mit anderen Konzepten, vor allem:

- **In sektoralen Institutionen zur Diagnostik- und Indikationsstellung**
Hier arbeiten interdisziplinäre und multiprofessionelle Teams mit den Kernaufgaben einer

umfassenden bio-psycho-sozialen (Erst-)diagnostik. Entsprechend planen und koordinieren sie den sektorenübergreifenden Behandlungsablauf. Ihre Gatekeeping-Funktion umfasst den Beginn der Behandlung mit der effektivsten und gleichzeitig ressourcensparenden Behandlung und die Behandlungsplanung auf Basis einer möglichst optimalen Diagnostik.

- **In Kriseninterventions-Teams (Crisis Resolution Teams, CRT)**
Die Aufgabe von Crisis Resolution Teams (siehe 1.2.4) ist die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld. Sie sind in der Klinik lokalisiert. In diesem Versorgungsmodell erhalten Mitarbeiter die Gatekeeping-Funktion für alle Akutaufnahmen einer Klinik. Ebenso gehört dazu Gatekeeping für lange voll- und teilstationäre Behandlungen durch eine möglichst frühe Entlassung in die CRT-Behandlung.
- **In einer Case Management-Behandlung (CM)**
Das Case Management-Modell ist für komplizierte, kostenträchtigste Einzelfälle mit einem multidisziplinären Managementbedarf gedacht (siehe 2.2.3.3d). Klassischerweise sind dies Patienten mit schweren Formen von „Common Mental Disorders (CMD)“, also häufigen Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen, die aber vergleichsweise selten schwer ausgeprägt auftreten. Case Management ist ein kooperativer Prozess durch den die Versorgung geplant, bewertet, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert wird. Die Gatekeeping-Funktion umfasst v. a. die möglichst optimale Behandlungsimplementierung, deren Überwachung und die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Rückfällen.
- **In Teams für schwere psychische Erkrankungen (Assertive Community Treatment, ACT)**
Die Aufgabe von Assertive Community Treatment Teams (siehe 1.2.5) ist die langfristige Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Im Vergleich zu CMDs

Grundlagen Integrierte Versorgung (Managed Care)

ist deren Prävalenz deutlich niedriger, das Risiko für eine schwere psychische Erkrankung aber deutlich höher. Hier handelt es sich v. a. um Erkrankungen wie Schizophrenie, bipolare Störung oder Persönlichkeitsstörungen). Innerhalb des Versorgungsmodells sind zwei Gatekeeping-Funktionen integriert: (a) Generell für voll- und teilstationäre Behandlungen und (b) für alle Behandlungen außerhalb des Versorgungssektors (Gatekeeping für „Krankenhaushopping“).

a. Guidelines und Behandlungspfade

Der Grundgedanke von „Guidelines und Behandlungspfade“ ist, dass durch eine evidenzbasierte Behandlung inklusive entsprechender Behandlungspfade Effektivität und Effizienz verbessert werden. Entsprechend orientieren sich MCOs bei der Leistungsgestaltung von Integrierter Versorgung häufig an Behandlungsleitlinien verschiedener psychischer Erkrankungen bzw. übergeordneten Leitlinien (z. B. für schwere psychische Erkrankungen).

Diese Vorgehensweise hat eine Reihe von Vorteilen:

- Eine leitliniengerechte Behandlung bietet eine höhere Chance auf Gesundheit. Zumeist ist ein höherer Gesundheitsgrad mit einer niedrigeren Leistungsanspruchnahme allgemein, aber insbesondere kostenintensiver Leistungen (z. B. Krankenhaus) verbunden.
- Eine höherer Gesundheitsgrad fördert die therapeutische Bindung und verhindert damit sekundäre Kosten durch Behandlungsabbruch – Rückfall – erhöhte Erkrankungsschwere – Notwendigkeit der Inanspruchnahme von kostenintensiveren Leistungen (z. B. Krankenhaus).
- Die Behandlung nach evidenzbasierten und damit eindeutigen Kriterien erleichtert die Qualitätssicherung.

b. Utilization review und management

Beim Utilization review wird auf Basis einer individuellen Fallbetrachtung die Angemessenheit von medizinischen Leistungen beurteilt. Die Leistungserbringer müssen durchgeführte oder geplante Leistungen externen Begutachtern systematisch offenlegen. Damit verlieren Leistungserbringer teilweise ihre Diagnose- und Therapiefreiheit.

Utilization management bezeichnet dagegen keine fallindividuelle Betrachtung, sondern der Vergleich von Leistungen einer MCO mit den Ergebnissen anderer Versorgungsformen, v. a. Regelversorgung, anderer MCOs oder dem statistischen Mittel.

Beiden Formen gemeinsam ist, dass die Leistungserbringer sich für ihre durchgeführten oder geplanten Leistungen rechtfertigen müssen. Es kommt also zu einer systematischen Analyse seitens der Leistungsfinanzierer (Krankenkassen).

Das Utilization management ist häufiger Bestandteil von Integrierten Versorgungsverträgen. Vergleichskohorten sind zumeist Patienten der Regelversorgung, die über verschiedene statistische Verfahren „gematcht“ werden. Neben den Kosten sollte hierbei, wenn immer möglich, auch Qualitätskriterien beachtet werden (z. B. Behandlungserfolg, Behandlungszufriedenheit).

c. Case Management (CM)

Case Management ist ein kooperativer Prozess durch den die Versorgung geplant, bewertet, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert wird. Durch die optimale Nutzung bestehender Ressourcen soll die Effizienz verbessert werden. Das Case Management ist dabei auf das multidisziplinäre Management des komplizierten, kostenträchtigsten Einzelfalls innerhalb eines bestimmten Zeitraums ausgerichtet. Aufgreifkriterien sind bei psychischen Erkrankungen z. B. langer Krankenhausaufenthalt, bestimmte Krankheitsbilder mit hohem Risiko zur Chronizität, Behandlungsabbrüche oder Schwierigkeiten bei der Organisation einer leitliniengerechten Behandlung.

Klassischerweise werden auch in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hierzu Case Manager eingesetzt. Die Konzeption des Case Managements folgt dabei verschiedenen Modellen:

- Intensive Case Management (ICM; Dieterich et al. 2017)
- Teambasierter Ansatz mit CM-Patienten-Ratio von 1:20 bis 1:30 für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- Case Management für bestimmte Patientengruppen
- Zumeist individueller Ansatz mit CM-Patienten-Ratio von 1:40 bis 1:50 für bestimmte Patientengruppen, u. a. Demenz, Suchterkrankungen, unipolare Depression

- Case Management an bestimmten Stellen im Versorgungssystem
- Zumeist individueller Ansatz mit CM-Patienten-Ratio von 1:40 bis 1:50 an bestimmten Stellen im Versorgungssystem, u. a. Krankenhaus zum Entlassungsmanagement, in der hausärztlichen Praxis
- Case Manager haben ein breites Aufgabenfeld, dieses ist in Abbildung 6 zusammengefasst (nach Amelung 2012c).

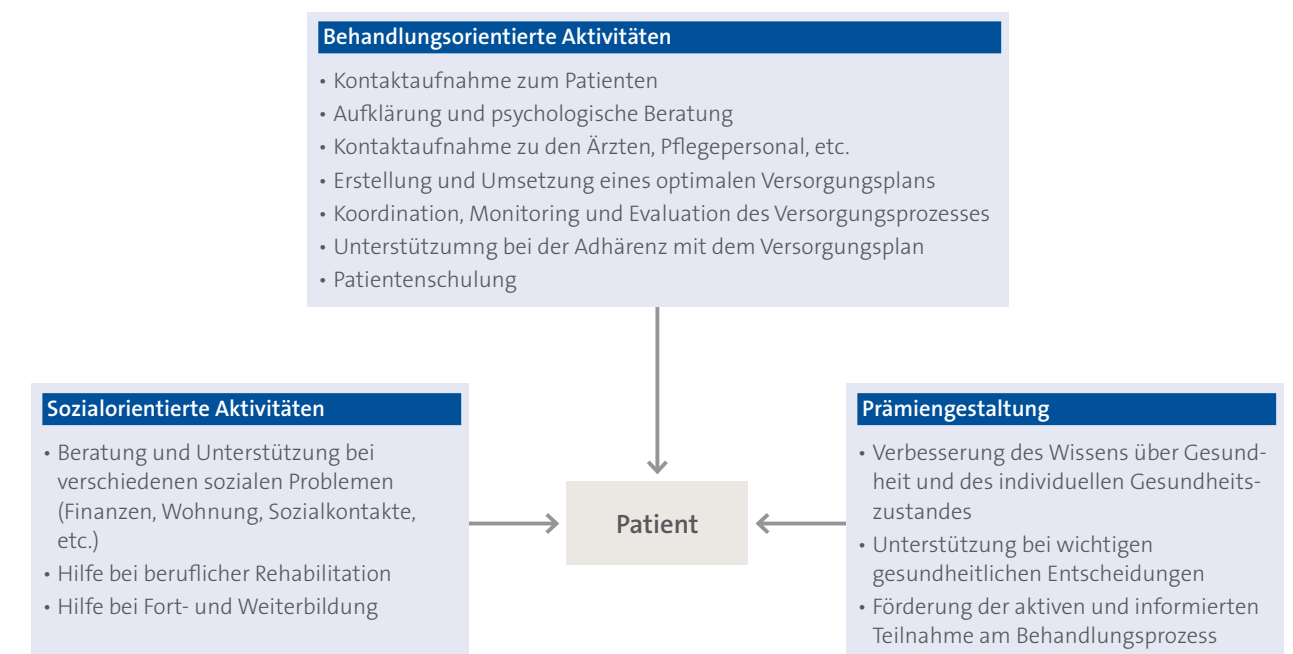


Abb. 6 Aufgabenspektrum eines Case Managers (adaptiert nach Amelung 2012c)

Grundlagen Integrierte Versorgung (Managed Care)

d. Crisis Resolution (CR)

Crisis Resolution ist im klassischen Sinne kein Managed Care-Instrument, besitzt aber im Sinne des Managed Care eine außerordentlich wichtige Funktion und zwar Gatekeeping für jede Form der Krankenhausbehandlung (siehe 1.2.5).

Crisis Resolution Teams (CRTs) gehören zu den evidenzbasierten Versorgungsmodellen und haben die Aufgabe einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld zur Verhinderung oder Verkürzung stationärer und teilstationärer Aufnahmen (Murphy et al. 2015; Paton et al. 2016; Lambert et al. 2017, Lambert & Kraft 2017a).

CRTs sind fachärztlich geleitete, multiprofessionelle (und ggf. interdisziplinäre) Teams mit der Aufgabe einer zeitlich begrenzten Akutbehandlung im häuslichen Umfeld für Patienten in akuten Krankheitsphasen einer psychischen Erkrankung. CRTs haben eine Reihe von Kernkomponenten (Lambert & Kraft 2017a):

- sie behandeln Patienten unabhängig von Diagnose, Erkrankungsphase und Behandlungsstatus,
- sie stehen 24 Stunden täglich an 7 Tagen der Woche zur Krisenintervention bereit
- sie haben eine „Gatekeeping“-Funktion für alle Akutaufnahmen im Krankenhaus
- sie bieten eine intensive Krisenintervention über einen kurzen Zeitraum,
- sie bieten pharmakologische, psychologische, soziale, somatische Behandlungen bzw. koordinieren diese,
- sie behandeln solange bis die Krise beendet bzw. der Klient stabilisiert ist,
- sie sichern die Weiterbehandlung der Patienten und
- sie stehen für erneute Kriseninterventionen bereit.

e. Assertive Community Treatment (ACT)

Neben CRTs ist Assertive Community Treatment (ACT) ein weiteres evidenzbasiertes Versorgungsmodell. ACT Teams sind ebenfalls fachärztlich geleitete, multiprofessionelle (und ggf. interdisziplinäre) Teams, die eine aufsuchend-nachgehende und langfristige Behandlung im häuslichen Umfeld für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bereitstellen. Kernkomponenten sind (FACT 2017; Lambert & Kraft 2017b):

- sie behandeln Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen,
- sie stehen 24 Stunden täglich an 7 Tagen der Woche zur Krisenintervention bereit
- sie haben eine „Gatekeeping“-Funktion für alle Akutaufnahmen im Krankenhaus im und außerhalb des Versorgungssektors
- sie bieten eine langfristige, aufsuchende und nachgehende Behandlung über Zeitraum,
- sie bieten pharmakologische, psychologische, soziale, somatische Behandlungen bzw. koordinieren diese,
- sie behandeln solange bis die Krise beendet bzw. der Klient stabilisiert ist,
- sie sichern die Weiterbehandlung der Patienten und
- sie stehen für erneute Kriseninterventionen bereit.

Ebenso wie CRT gehört eine wichtige Managed Care-Funktion zum Modell und zwar Gatekeeping für alle Akutaufnahmen im Krankenhaus

f. Qualitätsmanagement

Ziel des Qualitätsmanagements ist die Qualität der Leistungen zu verbessern und die Streuung der Qualität bei der Leistungserbringung zu verringern (Amelung 2012d). „Qualität“ ist dabei der Grad, bis zu dem die Gesundheitsleistungen für Individuen

oder Bevölkerungsgruppen die Wahrscheinlichkeit gewünschter Gesundheitsoutcomes steigern (Amelung 2012e).

Beim Qualitätsmanagement werden drei Ansätze zur Bewertung der Qualität unterschieden: Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Im Rahmen des Qualitätsmanagements bilden die resultierenden Daten die Grundlage für beabsichtigte Qualitätsverbesserungen.

Ein Qualitätsmanagementkonzept hat folgende Bestandteile (nach Al-Asaaf 1998):

- Definition von Qualitätszielen und Schwerpunktsetzungen im Qualitätsmanagement. Idealerweise werden diese gemeinsam mit allen Beteiligten getroffen (Behandler, Patienten, Angehörige).

- Qualitätsmanagement beruht auf Standards und einer geeigneten Datengrundlage. Daher müssen entsprechende Daten erhoben werden.
- Qualität entsteht im Zusammenspiel vieler Einzelprozesse einer Organisation. Schnittstellen müssen entsprechend besonders beachtet werden.
- Qualitäts- und Kostenmanagement müssen miteinander abgestimmt sein. Eine mangelhafte Qualität zieht Folgekosten nach sich (Krankheitsfolgekosten, Verwaltungskosten, etc.).

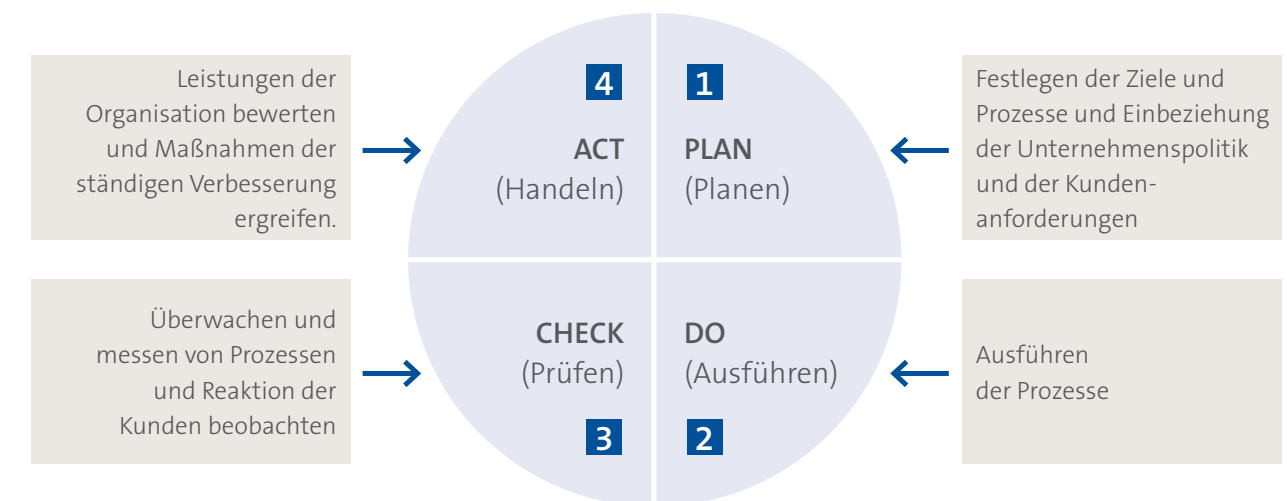


Abb. 7 Der PDCA-Zyklus der Qualitätssicherung (nach Deming 1951)

Grundlagen Integrierte Versorgung (Managed Care)

Alle Ansätze zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen erfordern die Erfüllung von drei Zielen:

- Die Verbesserung der individuellen Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung
- Die Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Die Verringerung von Pro-Kopf-Kosten

Die Qualitätssicherung folgt üblicherweise nach dem sog. PDCA-Zyklus mit vier aufeinanderfolgenden Schritten: PLAN, DO, CHECK, ACT (siehe Abbildung 7). Im Folgenden werden die Details der vier Komponenten detailliert erläutert.

1. Qualitätsplanung („PLAN“)

a. Identifizierung der kundenrelevanten Qualitätsanforderungen

Die Basis sind die Bedürfnisse der Kunden. Kunden sind v.a. Leistungsfinanzierer, Leistungserbringer, Patienten und Angehörige, ggf. auch Arbeitgeber, Behörden, etc. Diese Kunden sollten einzeln befragt werden.

b. Festlegung der Ziele und Prozesse

Die Vorgaben der Qualitätsplanung liefern die Grundlagen für die Formulierung der konkreten Ziele des Qualitätsmanagements einer MCO. Anhand der formulierten Ziele werden dann die Strukturen und Prozesse festgelegt. Es existieren verschiedene etablierte Instrumente zur Erreichung der Ziele (siehe Tabelle 2).

Tab. 2 Instrumente zur Erreichung der Ziele der Qualitätssicherung (nach Amelung 2012d)

Instrumente	Definition
Qualitätszirkel	• Einbeziehung der Mitarbeiter in den Prozess der Qualitätsanforderung • Kontinuierlicher interkollegialer Erfahrungsaustausch in Arbeitsgruppen mit Moderator • Förderung des Informationsaustausches mit dem Ziel der Lösung von Qualitätsproblemen
Audits	• Periodische und stichprobenartige Prüfung von Akten auf Vollständigkeit, Schlüssigkeit und Richtigkeit der ärztlichen, pflegerischen und sonstigen Tätigkeiten (Prüfung z.B. von Diagnosen, Therapien und Medikamentenverbrauch)
Tracer	• Indikatoren, anhand derer Stärken und Schwächen der Behandlungs- und Versorgungsprozesse beurteilt werden
Statistische Qualitätskontrolle	• Messung von Abweichungen bestimmter Qualitätsmerkmale von den Richt- und Sollwerten in Verfahren der Abweichungs- und Varianzanalyse
Cost of quality-analysis	• Damit lassen sich Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität identifizieren. • Kosten für die Aufrechterhaltung oder Erhöhung der Qualität werden mit Kosten verglichen, die als Folge einer schlechten Qualität auftreten
Profiling	• Ermittelt Behandlungsmuster eines Anbieters während eines bestimmten Zeitraums und für eine bestimmte Population. Vor allem geht es um das Qualitätsprofil der Leistungen • Beispiele sind Wartezeiten, Verweildauer, Zahl der Krankenhauseinweisungen, Zahl der Überweisungen, Zahl der Notfallaufnahmen, Zufriedenheit der Kunden, Orientierung an den Guidelines

c. Vergleichende Beurteilung der Qualität

Beurteilung der ermittelten Qualitätsindikatoren-Werte, indem sie mit dem professionellen Standard

oder dem Standard des „Best Practice“ verglichen werden. Hierzu stehen die Instrumente zur Verfügung, die in Tabelle 3 zusammengefasst sind.

Tab. 3 Instrumente zur Beurteilung von Qualitätsindikatoren-Werten (nach Amelung 2012d)

Instrumente	Definition
Appropriateness Review	• Ausmaß, zu dem die MCO notwendige Behandlungen liefert und überflüssige vermeidet
Peer review	• Analyse der durchgeführten Behandlung eines Patienten durch Fachkollegen oder geschulte Betroffene
Outcomes Assessment	• Bewertung von kritischen Aktivitäten einer Organisation, inklusive Messung des Outcomes an bestimmten Zeitpunkten oder kontinuierliche Beobachtung
Benchmarking	• Verfahren zum Vergleich einer Organisation mit dem erfolgreichsten anderen Unternehmen auf der Basis qualitätsbezogener Vergleichs- und Richtwerte

2. Qualitätsumsetzung („DO“)

In dieser Phase werden die Strukturen und Prozesse umgesetzt, z.B. Implementierung von neuen Versorgungsmodellen für schwere psychische Erkrankungen.

3. Qualitätsprüfung („CHECK“)

Nach Umsetzung der Prozesse erfolgt die Überprüfung der Wirksamkeit. Das erfordert eine Messung der Qualität über Qualitätsindikatoren. Die Messung kann intern oder extern erfolgen. Qualitäts-

indikatoren sind beispielsweise Zertifizierung der Ärzte, Beachtung von Sicherheitsvorschriften oder Gerätezulassungen. Im Bereich psychischer Erkrankungen umfassen Indikatoren beispielsweise Einhaltung von Richtlinien bzgl. Diagnostik, Versorgungsmodelle, etc.

4. Implementierung von qualitätsverbessernden Maßnahmen („ACT“)

In der Implementationsphase des Qualitätsmanagements sind die qualitätsverbessernden Maßnahmen als neue Regeln einzuführen.

Grundlagen Integrierte Versorgung (Managed Care)

2.3 Ziele und Erwartungen

Nach Erläuterung der Grundlagen, wird als letzter Punkt dieses Kapitels die Ziele und Erwartungen an die Integrierte Versorgung thematisiert. Hierbei existieren natürlich viele Perspektiven, v. a. die der Betroffenen und Angehörigen, aber auch die der Gesundheitspolitik und der Leistungsfinanzierer. Folgende Punkte sollen mit der Integrierten Versorgung besonders verbessert werden:

- Die Überwindung der Schnittstellenproblematik zwischen den Leistungssektoren ambulant und stationär, sowie innerhalb dieser Bereiche und der dadurch bedingten Institutionenzentrierung durch ein integriertes Versorgungskonzept.

„Eine Politik für psychische Gesundheit erfordert eine sektorenübergreifende Vernetzung und ein multisektorales und multidisziplinäres Vorgehen“ (Europäische Ministerielle WHO-Konferenz 2005).

- Die Umsetzung einer balancierten und pragmatischen Mischung ambulanter und stationärer Versorgung mit dem Primat der wohnortnahen aufsuchenden Hilfe.

„Eines der wichtigsten Versorgungsprinzipien ist es dabei, die erforderliche Behandlung und Betreuung mit so wenig wie möglich Einschränkungen für die Betroffenen zu erbringen. Vor dem Hintergrund dieses gesundheitspolitischen Postulats ist ambulanten Maßnahmen, wenn immer möglich, gegenüber (teil-)stationären Maßnahmen Vorrang einzuräumen“ (Rössler et al. 2006).

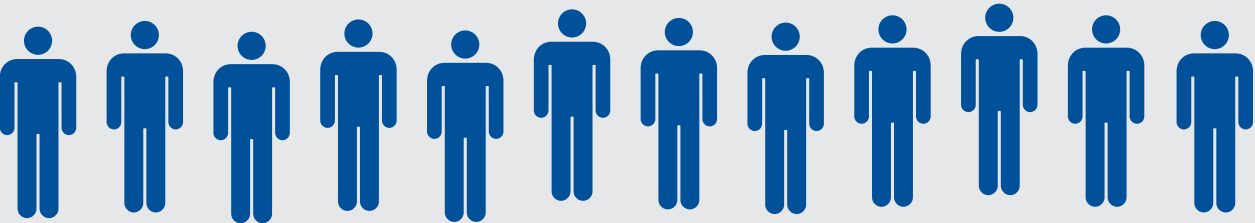
Für die zweite Herausforderung eines zielgerichteten und integrierten gemeindebasierten Versorgungssystems, liegen schon länger Kriterien vor (siehe Tabelle 4). So stellten Thornicroft et.al. (2003) für das Health Evidence Network, im Auftrag der WHO

Europa ein evidenzbasiertes, psychiatrisches Versorgungssystem in Abhängigkeit von den verfügbaren finanziellen Ressourcen dar. Deutschland gilt dabei als “high resource country” und sollte ein entsprechend differenziertes Versorgungssystem aufweisen. Wie in Tabelle 4 zu sehen, sind in Deutschland schon viele Versorgungskomponenten umgesetzt. Andere dagegen überhaupt nicht, v. a. Versorgungsmodelle für schwere psychische Erkrankungen.

Tab. 4 Komponenten von modernen (integrierten) Versorgungssystemen mit niedrigen, mittleren und hohen Ressourcen (Thornicroft & Tensella 2004; OECD 2014)

Niedrige Ressourcen	Mittlere Ressourcen	Hohe Ressourcen
Schritt A <i>Schritt A: Primärversorgung mit Back-up durch Spezialisten</i>	Schritt A + Schritt B <i>Schritt B: Allgemeine psychiatrische Versorgung</i>	Schritt A + Schritt B + Schritt C <i>Schritt C: Spezialisierte, differenzierte psychiatrische Versorgung</i>
• Screening und Untersuchung in der Primärversorgung • Beratung • Pharmakotherapie • Eingeschränkter Zugang zur Behandlung durch Spezialisten	Allgemeine ambulante Behandlung	Spezialisierte Kliniken für spezielle Erkrankungen oder Patientengruppen • Essstörungen • Doppeldiagnose • Therapieresistente Depression • Adoleszente
	Gemeindepsychiatrische Teams	Spezialisierte gemeindepsychiatrische Teams • Altersübergreifende Früherkennungsteams • Assertive Community Treatment Teams
	Akutbehandlung in Klinik	Alternativen zu Akutbehandlung in Klinik • Crisis Resolution Teams • Krisenwohnungen • Akut-Tageskliniken
	Stationäre Langzeiteinrichtungen	Alternativen zu Langzeiteinrichtungen • Wohneinrichtungen mit 24h/tgl. Betreuung • Weniger intensiv betreute Wohneinrichtungen • Unabhängige Wohneinrichtungen
	Ausbildung und Arbeit	Alternative Formen von Ausbildungs- und Arbeits-Rehabilitation: • Beschützte Arbeit • Unterstützte Arbeit • Peer-Genesungsbegleiter • Arbeitsrehabilitation • Individuelle Arbeitsplatzierung und Unterstützung

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER



3.1 Einführung

Nach der Darstellung der Probleme im psychiatrischen Versorgungssystem und deren Ursachen, sowie der Grundlagen von Integrierter Versorgung (Managed Care) folgt nun die Erläuterung des Integrierten Versorgungsmodell RECOVER. Dies erfolgt in drei Teilen:

- 1. Inhaltliche Konzeption des RECOVER-Modells
- 2. Strukturen und Aufgaben des Zentrums für Integrierte Versorgung psychischer Erkran-

kung (ZIV), das beispielhaft als MCO das RECOVER-Modell umsetzt und führt

3. Erläuterung der Managed Care-Instrumente, welche innerhalb des ZIV angewendet werden

3.2 Konzeption des RECOVER-Modell

Das RECOVER-Modell umfasst eine sektorenübergreifend-koordinierte, schweregradgestufte und evidenzbasierte Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen (siehe Abbildung 8).



Abb. 8 Das RECOVER-Modell

3.2.1 Versorgungsgrundsätze

Das RECOVER-Modell verbindet drei Versorgungsgrundsätze:

1. Sektorenübergreifend-koordiniert

Sektorenübergreifend-koordiniert bedeutet, dass in RECOVER alle an einer Therapie beteiligten Institutionen nach festgelegten Regeln über die Sektorgrenzen hinweg koordiniert zusammenarbeiten.

2. Schweregrad-gestuft

Schweregrad-gestuft heißt, dass sich die Art und der Umfang der Therapie nach der Form der Erkrankung (Diagnose), dem Schweregrad von Symptomen und dem Ausmaß der Beeinträchtigung im sozialen Funktionieren (z. B. in Schule, Ausbildung und Beruf) richtet, wobei immer mit der effektivsten ressourcensparenden Behandlung begonnen wird. Es existieren vier Schweregradstufen, denen bestimmte Interventionen zu geordnet werden:

Stufe 1: Leichter Schweregrad – Beratung, Selbsthilfe, E-Therapie

Stufe 2: Mittlerer Schweregrad – Koordinierte Regelversorgung

Stufe 3: Mittlerer bis hoher Schweregrad – Koordinierte Regelversorgung plus Case Management

Stufe 4: Schwere psychische Erkrankung – Integrierte aufsuchende Komplexbehandlung

3. Evidenzbasiert

Evidenzbasiert beschreibt, dass möglichst viele Behandlungsformen, die innerhalb des RECOVER Modells angewandt werden, nachweislich wirksam sind. Evidenzbasierte Therapien bieten dem Betroffenen eine höhere Chance auf Gesundung, denn sie erfolgen stets auf der Grundlage der besten zur Verfügung stehenden Wissensquellen und Daten.

3.2.2 Die neun Versorgungskomponenten

Das RECOVER-Modell verbindet neun Versorgungskomponenten innerhalb eines Modells:

1. Verbesserung von Steuerung und Koordination im Versorgungssystem

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gründet hierzu eine Managed Care Organisation (MCO) – genannt das **Zentrum für Integrierte Versorgung psychischer Erkrankungen (ZIV)**. Das ZIV hat eine ärztliche und kaufmännische Leitung, einen Netzwerkmanager sowie einen Beirat, der die beteiligten Institutionen und Partner repräsentiert. Zu den Aufgaben gehören im Überblick (Details siehe 3.3 und 3.4):

- Vertragsschluss mit den beteiligten Krankenkassen
- Vertragliche Einbindung der beteiligten Institutionen und Partner
- Administrative Aufgaben (Fallmanagement, Therapieplatzvergabe, Dokumentation, Leistungsdokumentation)
- Betreuung der E-Mental-Health Plattform
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- Fortbildung und Training der beteiligten Institutionen und Partner

2. Verbesserung Diagnostik und Indikationsstellung und ambulanter Krisenintervention

Die Verbesserung von *Diagnostik und Indikationsstellung* wird durch die Implementierung eines Diagnostikzentrums als Teil des ZIV erreicht. Charakteristika sind schnelle Terminvergabe (≤ 5 Werktage, in Krisen sofort über ein Crisis Resolution Team), interdisziplinäre Sprechstunden (Psychiatrie, KJP, Psychosomatik, Allgemeinmedizin, Forensik), standardisierte Diagnostik (psychiatrisch, psychologisch, sozial, somatisch, beruflich) und die Integration einer psychotherapeutischen Sprechstunde mit Indikationsstellung, Aufklärung und Therapieorganisation bzgl. Psycho-

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

therapie. Die Verbesserung der ambulanten Krisenintervention wird durch Implementierung von Crisis Resolution Teams (CRT) erreicht.

3. Integration hausärztlicher Versorgung

Der Hausarzt wird integriert durch verbesserte Primärdiagnostik und Therapieorganisation. *Das Schnittstellenmanagement zur hausärztlichen Praxis* wird durch die Integrierung von Allgemeinmedizern in das Diagnostikzentrum verbessert. Sie stellen die Berücksichtigung allgemeinmedizinischer Aspekte in der Therapie sicher, leiten somatisch erkrankte Patienten zur hausärztlichen Praxis über, beraten Hausärzte zu Therapiefragen und organisieren (digitale) Behandlungskonferenzen zur Förderung von Zusammenarbeit und Wissen.

4. Verbesserung der evidenzbasierten Behandlung

Die Verbesserung der evidenzbasierten Behandlung wird durch ein schweregradgestuftes Versorgungsmodell erreicht. Es umfasst vier Schweregradstufen mit vier Interventionsmodulen zunehmender Behandlungsintensität. In allen vier Stufen wird E-Mental-Health, Sozialarbeit, Supported Employment (Ausbildungs- und Arbeitsintegrationservice) und Peer-Support angeboten. Die Interventionen in den vier Stufen sind wie folgt:

- **Stufe 1:** Leichter Schweregrad – Beratung, aktives Abwarten, Selbsthilfe, E-Therapie Beratung, E-Mental-Health, ggf. Sozialarbeit, Supported Employment und Peer-Support. Bei Krisenintervention Inanspruchnahme des CRTs.
- **Stufe 2:** Mittlerer Schweregrad – Koordinierte Regelversorgung. Zusätzlich zu Stufe 1 zeitnah gestufte Einzelkurzzeittherapie ($\leq 12h$) und/oder Gruppenpsychotherapie. Bei Krisenintervention Inanspruchnahme des CRTs.
- **Stufe 3:** Mittlerer bis hoher Schweregrad - Koordinierte Regelversorgung plus CM. Zusätzlich zu Stufe 2 werden für Patienten mit mittleren bis hohen Schweregrad, aber

ohne schwere psychische Erkrankung, Case Management (CM) und nicht-gestufte Einzelkurzzeitpsychotherapien (25h-Langzeitpsychotherapien) bereitgestellt.

- **Stufe 4:** Schwere psychische Erkrankung - Integrierte aufsuchende Komplexbehandlung. Integrierte aufsuchende Komplexbehandlung mit Assertive Community Treatment (ACT), E-Mental-Health, Supported Employment und längerfristiger verlaufsadaptierter Psychotherapie. Peer-Support und Sozialarbeit sind in ACT integriert. Krisenintervention erfolgt im Bedarfsfall durch das ACT Team selbst.

5. Integration und Flexibilisierung der ambulanten Psychotherapie

Die Integration und Flexibilisierung der ambulanten psychotherapeutischen Regelversorgung wird durch folgende Anreizsysteme unterstützt:

- kurzfristige Therapievergabe innerhalb von 14 Tagen durch finanzielle Anreize;
- Nutzung der Vordiagnostik zur Reduktion bzw. Verzicht auf probatorische Sitzungen;
- höherer Anteil gestufter Kurzzeittherapien und Gruppenpsychotherapien;
- höherer Anteil von Patienten mit schwereren psychischen Erkrankungen in Psychotherapie durch Verzicht auf Antragsverfahren und Unterstützung der Krisenintervention durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme des CRTs;
- Förderung der Qualifizierung durch zertifizierte, kostenfreie Fortbildungen, E-Learning, Fallkonferenzen, Qualitätszirkel u.a.

6. Integration einer E-Mental-Health Plattform

Die E-Mental-Health Plattform von RECOVER (genannt eRECOVER) hat das Ziel, verschiedene e-Lösungen innerhalb einer Plattform sinnvoll miteinander zu verbinden und die Plattform strukturiert in die Therapie zu integrieren. Hierzu gehören:

- a. **eRECOVER PORTAL:** Website zur Erläuterung der Angebote und Funktionalitäten des eRECOVER THERAPIERAUMS für Nutzer und
- b. **eRECOVER THERAPIERAUM:** geschützter online Therapieaum mit eBeratung, eDiagnostik und eTherapie.

Details zum Internet- und E-Health Konzept von RECOVER siehe 3.2.3.

7. Integration von Supported Employment

Ziele sind eine effizientere Ausbildungs- und Arbeitsintegration unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung. Hierzu gehören:

- Systematisches Screening und Untersuchung bezüglich beruflicher Aspekte;
- bei AU-Status Jobcoaching bzw. Klärungshilfe zur baldigen Arbeitsfähigkeit mit Einstiegsberatung, betrieblichem Training, Training-on-the-Job, Begleitung am Arbeitsplatz;
- bei Ausbildungs- oder Arbeitslosigkeit Kooperation mit Arbeitgebern & Coaching;
- bei Erwerbsunfähigkeit Einstiegsberatung, Abklärung von Voraussetzungen, Einmündung und Vermittlung in das bestehende Regelsystem;
- Weitervermittlung von Expertise an Netzwerkpartner und
- schrittweiser Aufbau eines Kooperationsnetzwerkes mit Arbeitgebern.

8. Integration kultur- und sprachsensibler Versorgung für Migranten und Flüchtlinge

Ziel ist die Integration von evidenzbasierten und innovativen Lösungen durch:

- Strukturierte Zusammenarbeit mit psychosozialen Beratungs- und Koordinierungsstellen für Flüchtlinge und Migranten und mit Dolmetscherdiensten;
- Schulung der Partner und Dolmetscher in

interkultureller Kompetenz;

- Strukturierte Integration von Dolmetschern in die Behandlung;
- Verbesserung der kultursensiblen Diagnostik;
- Implementierung kultursensibler E-Mental-Health Angebote und
- Verstetigung kultur- und sprachsensibler Selbsthilfegruppen sowie Peer-Beratung.

9. Integration von Patienten- und Angehörigenbeteiligung

Ziel ist die Verbesserung von Empowerment und Partizipation von Patienten und Angehörigen in Organisation, Behandlung und Forschung durch:

- Vertreter der Patienten und Angehörigenverbände im Beirat der MCO;
- strukturierte dialogische Fortbildungen für Partner;
- Peer-Begleitung in Diagnostikzentren, in allen 4 Schweregradstufen des Modells und in den CRTs und ACT Teams und
- Beratung durch die Arbeitsgruppe partizipative Forschung.

3.2.3 Die E-Mental-Health Plattform eRECOVER

Ein wesentlicher Teil des RECOVER-Modells ist die E-Mental-Health Plattform eRECOVER (siehe Abbildung 8). eRECOVER besteht aus zwei Teilbereichen:

3.2.3.1 eRECOVER PORTAL

Das eRECOVER PORTAL hat die Aufgabe, den Nutzern die Angebote, den Nutzen und die Nutzung (Funktionalitäten) des eRECOVER THERAPIERAUMS zu erläutern. Sie wird nach FEDM-Standards entwickelt und umfasst folgende Inhalte:

- Informationen zu den Angeboten inklusive eBeratung, eDiagnostik, eTherapie

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

- Information über das Beratungsangebot zur Erläuterung von eRECOVER (insbesondere für Behandler gedacht)
 - Informationen zum Ablauf der eBeratung, eDiagnostik und eTherapie
 - Informationen zum Nutzen von E-Health und speziell E-Mental-Health
- Informationen zu eLearning Angeboten zur Fort- und Weiterbildung für Behandler
 - Informationen über die Entwickler und die Entwicklung von eRECOVER
 - Informationen zum Datenschutz und Impressum

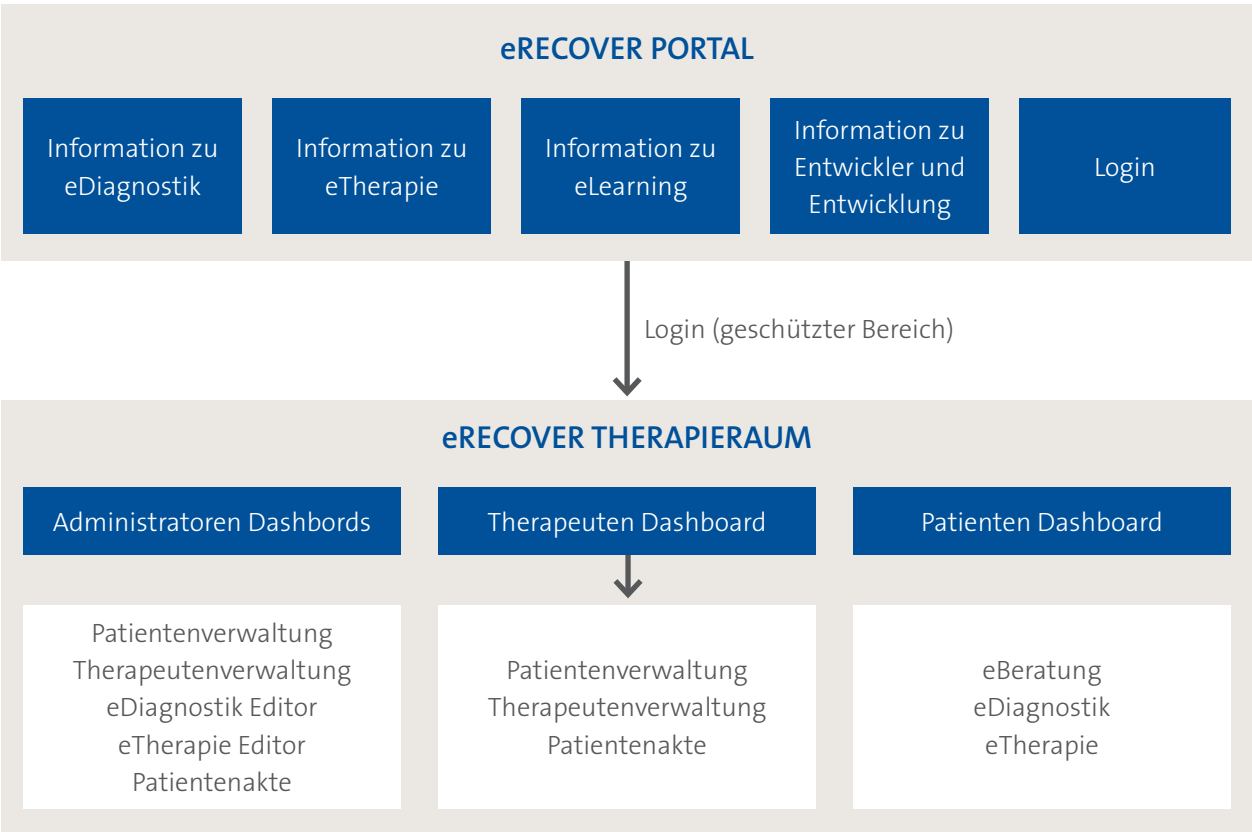


Abb. 9 Komponenten und Inhalte der E-Mental-Health Plattform eRECOVER

3.2.3.2 eRECOVER THERAPIERAUM

Der eRECOVER THERAPIERAUM ist der geschützte Bereich von eRECOVER. Der Zugang zum eRECOVER THERAPIERAUM erfolgt passwort-gesichert über Login.

Der Therapieraum beinhaltet Dashboards für Administratoren, Therapeuten, u.a. der eDiagnostik-Editor, der eTherapie-Editor und die Patientenakte.

Innerhalb des eRECOVER THERAPIERAUMS können zur Unterstützung der Behandlung folgende Funktionen genutzt werden:

- **eBeratung**
Beratung und Unterstützung bei der Nutzung von eRECOVER (Textchat, Audiochat oder Videochat).
- **eDiagnostik**
eDiagnostik mittels gestufter und dynami-

scher Fragebögen und Fragebogenpakete für die Erkrankungen Angststörungen (mit Spezifikation), bipolare Störung, Essstörungen, Schizophrenie, somatoforme Störungen, Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Unipolare Depression, Zwangsstörungen.

nie, somatoforme Störungen, Emotional-in-stabile Persönlichkeitsstörung, Posttrau-matische Belastungsstörung, Unipolare Depression, Zwangsstörungen.

3.2.4 Indikation zur Teilnahme (Teilnahmeberechtigung)

- **eTherapie**
Neun eTherapie-Programme für die Erkran-kungen Angststörungen (mit Spezifikation), bipolare Störung, Essstörungen, Schizophre-

Die Indikationen zur Teilnahme sind in Tabelle 4 dargestellt:

Tab. 5 Indikationen zur Teilnahme

Indikationen	Definition	
Krankenkasse	• AOK Rheinland / Hamburg • Barmer • DAK Gesundheit • HEK • IKK Classic • BKK	
Alter	• 16+ Jahre	
Wohnort	• Wohnhaft im Versorgungsektor der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE	
Art der Erkrankung mit ICD-10 Kode	Diagnose (alpabetisch geordnet)	ICD-10 Kode
	• Akute polymorphe psychotische Störung • Agoraphobie • Bipolare Störung • Bulimia nervosa • Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung • Generalisierte Angststörung • Panikstörung • Posttraumatische Belastungsstörung • Schizoaffektive Störung • Schizophrenie • Somatisierungsstörung • Soziale Phobie • Unipolare Depression • Wahnhafte Störung • Zwangsstörung	• F23 • F40.0 • F31 • F50.2 • F60.3 • F41.1 • F41.0 • F43.1 • F25 • F20 • F45.0 • F40.1 • F32 / F33 • F22 • F42

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

3.3 Strukturen und Aufgaben der Managed Care Organisation

Im Kapitel 2 wurden die Grundlagen von Integrierter Versorgung (Managed Care) dargestellt. Nachfolgend geht es nun um die Erläuterung der Strukturen und Aufgaben der Managed Care Organisation (MCO), die das RECOVER-Modell umsetzt und führt.

Innerhalb des UKE wird hierzu eine eigene Institution gegründet: das **Zentrum für Integrierte Versorgung psychischer Erkrankungen (ZIV)**. Insofern wird fortan von ZIV gesprochen, wenn die MCO gemeint ist. Eine solche eigene Institution bzw. eine eigene Organisationseinheit hat einige Vorteile, die nachfolgend ebenfalls erläutert werden.

3.3.1 Organisationsstruktur des ZIV

Im Kapitel 2.2.2 wurden mögliche Formen von MCOs dargestellt. Wie schon dort erläutert, gibt es keine Organisationsform, die 1:1 übernommen werden kann. Allerdings vereint die Organisationsform des Integrated Delivery Systems (IDS) einige wesentliche Komponenten, die für die Umsetzung und Führung von sektorenübergreifenden Integrierten Versorgungsmodellen allgemein und auch für das RECOVER-Modell geeignet sind (siehe 2.2.2.1). Nachfolgend werden die Komponenten von IDS (siehe Abbildung 5) praktisch in der Umsetzung des ZIV und des Integrierten Versorgungsmodells RECOVER erläutert. Die Strukturen und übergeordneten Aufgabenbereiche des Zentrums für Integrierte Versorgung (ZIV) sind exemplarisch für eine MCO in Abbildung 10 dargestellt.

3.3.1.1 Versorgungsziel

Das Ziel des ZIV zusammen mit den internen und externen Kooperationspartnern ist die Organisation und Führung von wesentlichen Teilen der in Tab. 2 dargestellten **spezialisierten und differenzierten psychiatrischen Versorgung für hohe Ressourcen** (Thornicroft & Tensella 2004; OECD 2014). Das RE-

COVER-Modell setzt dieses Versorgungsziel um (siehe 3.2).

3.3.1.2 Rechtliche Grundlage (Versicherungsvertrag) und Vergütungsform

Rechtliche Grundlage ist der **§ 140a SGB V „Besondere Behandlung“**. Vertragsnehmer ist das ZIV. Die Vergütungsform ist eine Kopfpauschale (Capitation), d. h. das ZIV erhält für jeden Patienten einen definierten zeitbezogenen Geldbetrag. Die in der Kopfpauschale enthaltenen Leistungen sind unter 3.3.1.5 detailliert erläutert. Die Leistungen der Kooperationspartner innerhalb des Modells werden in der Regelversorgung vergütet. Leistungen, die nicht in der Regelversorgung enthalten sind, werden durch das ZIV vergütet.

3.3.1.3 Gemeinsame Führungsstruktur

Das ZIV erhält eine gemeinsame Führungsstruktur. Dies beinhaltet, dass das ZIV mit internen und externen Kooperationspartnern in den Bereichen sektorale Versorgungsorganisation, klinische Versorgung, kaufmännische Administration, Netzwerkmanagement und Qualitätssicherung sektorenübergreifend zusammenarbeitet (siehe Abbildung 10). Hierbei sind auch die beteiligten Krankenkassen miteinbezogen.

Das ZIV wird von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im UKE gegründet. Interne und externe Kooperationspartner kooperieren mit dem ZIV über Beitrittsverträge (siehe 2.2.3.1 und 3.3.1.4a).

Das ZIV hat eine eigene Leitungsstruktur. Dies hat den Grund, dass die Organisation und Führung einer sektorenübergreifenden Integrierten Versorgung die Umsetzung von vielfältigen Managed Care-Instrumenten erfordert, die normalerweise in Kliniken nicht oder nur begrenzt vorhanden sind. Hier hat eine eigene Organisationseinheit den Vorteil, solche Instrumente effektiver und effizienter umsetzen zu können.



Abb. 10 Strukturen des ZIV im UKE als Managed Care Organisation

Die Leitungsstruktur des ZIV umfasst im Wesentlichen vier Bereiche:

- Klinische Leitung
- Kaufmännische Leitung
- Pflegerische Leitung
- Leitung Netzwerkmanagement (siehe 3.3.1.4f)

Die Arbeitsweise des Leitungsteams umfasst folgende Regelungen:

- Das Leitungsteam tagt alle zwei bis vier Wochen.
- Leitende Personen der einzelnen ZIV Kernbereiche (siehe 4.1.2) und des ZIV Kooperationsbereichs (siehe 4.2) werden durch das Leitungsteam eingeladen.

- Die Assistenz des Leitungsteams bereitet die Sitzungen vor, sammelt Themen, erstellt eine Agenda und führt Protokoll.
- Alle Beschlüsse werden protokolliert und nach Sichtung und Freigabe durch das Leitungsteam allen Personen aus den einzelnen ZIV Kernbereichen, des ZIV Kooperationsbereichs und des Beirats zur Verfügung gestellt.

Interne Kooperationspartner (Partner innerhalb des Klinikums, z. B. Allgemeinmedizin) und externe Kooperationspartner (Partner außerhalb des Klinikums aus dem Versorgungssektor, z. B. niedergelassene Allgemein- oder Fachärzte) sind, wie oben erwähnt, vertraglich eingebunden (siehe 2.2.3.1 und 3.3.1.4a).

Die Auswahl der Partner und ihr Leistungsangebot folgt dem Prinzip des Selektiven Kontrahierens

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

(siehe 2.2.3.1), d.h. es werden Partner eingebunden, die die erforderlichen Leistungen erbringen können und es werden nur Leistungen vergütet, die vertraglich innerhalb der Integrierte Versorgung vereinbart sind. Die Vereinbarungen werden im gegenseitigen Einvernehmen unter Kontrolle der Krankenkassen vertraglich festgehalten (=Beitrittsvertrag). Eingebundene Partner behandeln nicht ausschließlich Patienten der Integrierten Versorgung (Prinzip der Autonomiebelassung fördert die Teilnahme).

Interne und externe Kooperationspartner sind in einem Beirat des ZIV organisiert. Zu dem Beirat gehören folgende Vertreter (siehe Abbildung 10):

- Vertreter interne und externe klinische Kooperationspartner für alle wichtigen Bereiche (z. B. niedergelassene Psychiater, Psychotherapeuten, Allgemeinärzte, ggf. SGB VII Leistungserbringer)
- Vertreter Patienten und Angehörige
- Vertreter Gesundheitsbehörde
- Vertreter Krankenkassen

Der Beirat hat zusammen mit dem ZIV, und hier insbesondere mit dem Netzwerkmanagement, die Aufgaben, alle Aspekte der sektorenübergreifenden Versorgung zu bewerten, zu planen und umzusetzen (z. B. fehlende Ressourcen im Versorgungssektor, Maßnahmen aufgrund von Ergebnissen der Qualitätssicherung).

Die Arbeitsweise des Beirats umfasst folgende Regelungen:

- Der Beirat tagt alle 6 Monate
- Die Leitung Klinik und Administration bereiten die Sitzungen vor
- Alle Beschlüsse werden protokolliert und nach Sichtung und Freigabe durch das Leitungsteam, aller Personen aus Beirat, ZIV-Kernbereich und ZIV-Kooperationsbereich zur Verfügung gestellt.

3.3.2 Integriertes Leistungsangebot des ZIV

Das Leistungsangebot des ZIV lässt sich in drei wesentliche Bereiche gliedern:

- 1. **Klinische, kaufmännische, administrative Leitung und Netzwerkmanagement**
- 2. **Klinisches Leistungsangebot mit den fünf Kernbereichen**
- 3. **Qualitätssicherung und Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Innerhalb des Leistungsangebotes übernimmt das ZIV die Aufgabe der gemeinsamen Funktionsintegration (siehe Abbildung 5).

3.3.2.1 Klinische, kaufmännische, administrative Leitung und Netzwerkmanagement

a. Vertragswesen

Das ZIV erstellt zusammen mit den beteiligten Krankenkassen den Versicherungsvertrag nach § 140a SGB V „Besondere Behandlung“. Dieser wird geschlossen zwischen Krankenkassen und dem ZIV als Hauptvertragsnehmer.

Das ZIV wiederum erstellt Versicherungsverträge nach §7 SGB V „Beitrittsverträge“ für alle internen und externen Kooperationspartner. Bzgl. des Inhaltes beider Versicherungsverträge sind die folgenden Inhalte wesentlich:

- Präambel
- Medizinische Ausgangssituation
- Ziele und Zweck des Vertrages
- Definition der Indikation (Teilnahmeberechtigung)
- Detaillierte Beschreibung der Versorgungsform (Leistungsgestaltung)
- Vergütungssystem
- Leistungsnachweis

Literatur

- Qualitätssicherung
- Administrativer Ablauf (Workflow)
- Anlagen (v. a. Patienteninformation, Patienteneinwilligung, Prüfung der Teilnahmeberechtigung, Leistungskatalog, Leistungsnachweis, Darstellung der Ergebnisse der Qualitätssicherung, Datenschutz).

partner zu führen, deren Qualitätsvoraussetzungen zu prüfen und für Partner des Netzwerks inklusive Krankenkassen zugänglich zu machen (siehe Tabelle 6).

Das ZIV übernimmt auch die Aufgaben der Akquise neuer Mitarbeiter und Kooperationspartner (siehe Netzwerkmanagement). Neue Mitarbeiter oder Kooperationspartner werden in eine Liste aufgenommen. Die Liste wird auch den Krankenkassen regelmäßig übermittelt. Zu erhebende Daten und zu prüfende Qualitätsvoraussetzungen finden sich in Tabelle 6.

b. Personalwesen

Das ZIV hat die Aufgabe alle interne Mitarbeiter (direkt angestellt bei dem ZIV) und alle Kooperations-

Tab. 6 Daten und Qualitätsvoraussetzungen von Mitarbeitern und Kooperationspartnern

Leistungserbringer	Zu erhebende Daten und Qualitätsvoraussetzungen
Interne Mitarbeiter	
Ärztliche Leistungen	• Name und Vorname • Dauer der Berufstätigkeit • Facharzt (ja/nein) • Zusatzqualifikationen (z. B. Psychotherapie oder Neurologie) • Datum des Teilnahmebeginns • Datum der Teilnahmebeendigung
Nicht-ärztliche Leistungen (inklusive Psychologen, Sozialpädagogen, Pflege etc.)	• Name und Vorname • Berufsbezeichnung • Zusatzqualifikationen (z. B. Psychotherapie) • Datum des Teilnahmebeginns • Datum der Teilnahmebeendigung
Kooperationspartner	
Allgemeine Informationen	• Name, Vorname, Adresse, Festnetz, Fax, Handy, E-Mail, Web der teilnehmenden Einrichtungen / Leistungserbringer • Institutionskennzeichen (IK) • Datum des Teilnahmebeginns • Datum der Teilnahmebeendigung
Ärztliche Leistungen	• Facharztstatus • Zulassungsdatum • Arztnummer • Dauer der Berufstätigkeit • Zusatzqualifikationen (z. B. Psychotherapie oder Neurologie)
Nicht-ärztliche Leistungen (inklusive Psychologen, Sozialpädagogen, Pflege etc.)	• Berufsbezeichnung • Zusatzqualifikationen (z. B. Psychotherapie) • Zulassungsdatum

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

c. Netzwerkmanagement

Das Netzwerkmanagement umfasst alle Aufgaben zur Bildung, Führung und Verbesserung der

sektorenübergreifenden Versorgung. Die speziellen Bereiche des Netzwerkmanagements sind in Tabelle 7 erläutert.

Tab. 7 Aufgaben des Netzwerkmanagements

Aufgaben	Details
Einbindung neuer Leistungserbringer	• Prüfung der Voraussetzungen für die Teilnahme des Leistungserbringers • Information zu den Vertragsinhalten, den einzelnen Behandlungsmodulen und Behandlungsleitlinien • Grundlagen für die organisatorische Zusammenarbeit • Dokumentation, Qualitäts-Monitoring und Qualitätsberichte • Erläuterung der Voraussetzungen für die Teilnahme von Versicherten an diesem Vertrag
Entwicklung und Umsetzung neuer Versorgungsangebote in der Region	• Erhebung von Versorgungsdefiziten in der Region durch Befragungen von Partnern, Patienten und Angehörigen • Organisation von Beiratssitzungen zur Lösung der Defizite • Protokollierung der Lösungen • Planung und Umsetzung innerhalb der Versorgungsregion
Organisation, Durchführung und Dokumentation von Beiratssitzungen	• Durchführung alle 6 Monate • Terminorganisation und Koordination der Räumlichkeiten in Abstimmung mit den Teilnehmern • Vorbereitung und Moderation • Abstimmung von besonderen Themenschwerpunkten • Bereitstellung und Verteilung von Sitzungsunterlagen • Dokumentation der Teilnahme, Protokollführung und -erstellung
Organisation, Durchführung und Dokumentation von Qualitätszirkeln	• Durchführung alle 6 Monate • Terminorganisation und Koordination der Räumlichkeiten, wenn möglich in Abstimmung mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer (Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung) • Vorbereitung und Moderation • Abstimmung von besonderen Themenschwerpunkten • Bereitstellung und Verteilung von Sitzungsunterlagen • Dokumentation der Teilnahme, Protokollführung und -erstellung
Organisation, Durchführung und Dokumentation eines fortlaufenden Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramms	• Durchführung nach Programm • Terminorganisation und Koordination der Räumlichkeiten, wenn möglich in Abstimmung mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer (Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung) • Vorbereitung und Moderation • Abstimmung von besonderen Themenschwerpunkten • Dokumentation der Teilnahme
Öffentlichkeitsarbeit	• Kontinuierliche Informationsweitergabe bzgl. aller das Netzwerk betreffenden News • Öffentlichkeitsarbeit bezüglich des Netzwerks

d. Patientenverwaltung

Das ZIV trägt die Verantwortung für alle Aufnahmen und Entlassungen von Patienten in die Integrierte Versorgung. Interne und externe Kooperationspartner sowie Krankenkassen können Patienten zur

Integrierten Versorgung anmelden bzw. einsteuern. Der Einschlussprozess (s.u.) ist aber Aufgabe des ZIV. Details der Aufgaben bezüglich der Patientenverwaltung finden sich in Tabelle 8.

Tab. 8 Aufgaben der Patientenverwaltung

Aufgaben	Details
IT-gestützte Patientenakte	
IT-gestützte Patientenakte	Führen einer IT-gestützten Patientenstammakte und Dokumentation des Behandlungsverlaufs sowie alle entsprechenden Interventionen
Aufnahme- und Ausschlussprozess	
Durchführung des Aufnahmeprozesses	Das Aufnahmeprozedere wird mit den Krankenkassen vereinbart und folgt einem festgeschriebenen Ablauf. Im Wesentlichen gehören dazu: • Prüfung der Teilnahmeberechtigung (v. a. Krankenkasse, Diagnose, Sektor, Schweregrad) • Patienteninformation und Patienteneinwilligung • Unterschrift Teilnahmeerklärung • Übermittlung der Teilnahmeerklärung an die Krankenkasse • Genehmigung durch die Krankenkasse • Aufbewahrung aller Dokumente
Durchführung des Ausschlussprozesses	Das Entlassungsprozedere wird mit den Krankenkassen vereinbart und folgt ebenfalls einem festgeschriebenen Ablauf. Im Wesentlichen gehören dazu: • Prüfung der Ausschlusskriterien • Unterschrift Ausschlussklärung • Übermittlung der Ausschlussklärung an die Krankenkasse • Aufbewahrung der Widerrufe der Teilnahme nach Zuleitung durch die Krankenkasse • Aufbewahrung aller Dokumente

e. Leistungsdokumentation

Das ZIV dokumentiert alle Leistungen der Integrierten Versorgung inklusive der Leistungen der Kooperationspartner, die diese vierteljährlich an das ZIV schicken. Die Leistungsdokumentation wird vierteljährlich an die Krankenkassen übermittelt. Das ZIV hat folgende Bereiche der Leistungsdokumentation:

Übergeordnete Leistungsbereiche des ZIV (interne Dokumentation)

- Netzwerkmanagement

- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

- Aus-, Fort- und Weiterbildung

Klinische Leistungsbereiche des ZIV (interne Dokumentation)

- E-Mental-Health Plattform
- Ambulanz für Diagnostik und Indikationsstellung
- Crisis Resolution Team (entspricht der Stationsäquivalenten Behandlung)

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

- Case Management (CM)
- Assertive Community Treatment (ACT) (dies entspricht der Integrierten Versorgung für Psychosen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen)

Leistungsbereiche von Kooperationspartnern (externe Dokumentation)

- Vollstationäre Behandlung
- Tagesklinische Behandlung
- Psychiatrische Institutsambulanz
- Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Niedergelassene psychologische Psychotherapeuten
- Niedergelassene Fachärzte für Allgemeinmedizin

Zu jedem Leistungsbereich besteht ein Leistungskatalog mit Leistungsziffern und entsprechender Legende.

f. Finanz- und Rechnungswesen

Das ZIV hat die Aufgabe der Abwicklung des gesamten Finanz- und Rechnungswesens aller Patienten der Integrierten Versorgung. Hierzu gehören nur Leistungen, die innerhalb der Kopfpauschale vergütet werden (siehe 3.3.1.5). Hierzu gehören:

Gegenüber den Krankenkassen

Alle Bestandteile des Finanz- und Rechnungswesens werden individuell mit den Krankenkassen vereinbart und in einem administrativen Ablauf festgelegt. Es erfolgt eine vierteljährliche Abrechnung der Kopfpauschale.

Gegenüber den Kooperationspartnern

Mit den Kooperationspartnern werden Beitrittsverträge mit genau definierten Leistungen erstellt (siehe 3.3.1.4a). Die Erbringung der Leistungen werden vierteljährlich von den Kooperationspartnern gegenüber dem ZIV nachgewiesen und eine Rech-

nung gestellt. Nach Prüfung der Leistungen durch das ZIV sowie und der entsprechenden Erfüllung der erbrachten Leistungen wird die Rechnung erstattet. Leistungen, die nicht Teil des Vertrages sind, werden nicht finanziert.

3.3.2.2 Klinisches Leistungsangebot mit den fünf Kernbereichen

Details zu den klinischen Leistungsangeboten des ZIV finden sich auch im Kapitel 3. Zudem existieren neben dem vorliegenden Manual noch 11 weitere Manuale, die alle wesentlichen Versorgungsdetails genau erläutern (siehe Abbildungen 11). Deswegen wird nun im Folgenden bei der Darstellung der Leistungsangebote auf diese Manuale verwiesen.

a. Versorgungskoordination

Die ZIV stellt die Erreichbarkeit des Versorgungsnetzes zur Patientenbetreuung und -versorgung ganzjährig 24 Stunden täglich sicher. Sie dient als telefonischer Ansprechpartner für alle teilnehmenden Versicherten, für die zur Erfüllung dieses Vertrages vertraglich verpflichteten Leistungserbringer sowie für die Krankenkasse in allen Fragen zur Versorgung, insbesondere bei plötzlicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder in Krisenfällen während der Nacht oder an Wochenenden. Hierfür werden Bereitschaftsnummern eingerichtet, über die Mitarbeiter der Behandlungsteams ganzjährig 24 h täglich erreichbar sind.

b. Zugang zur Versorgung

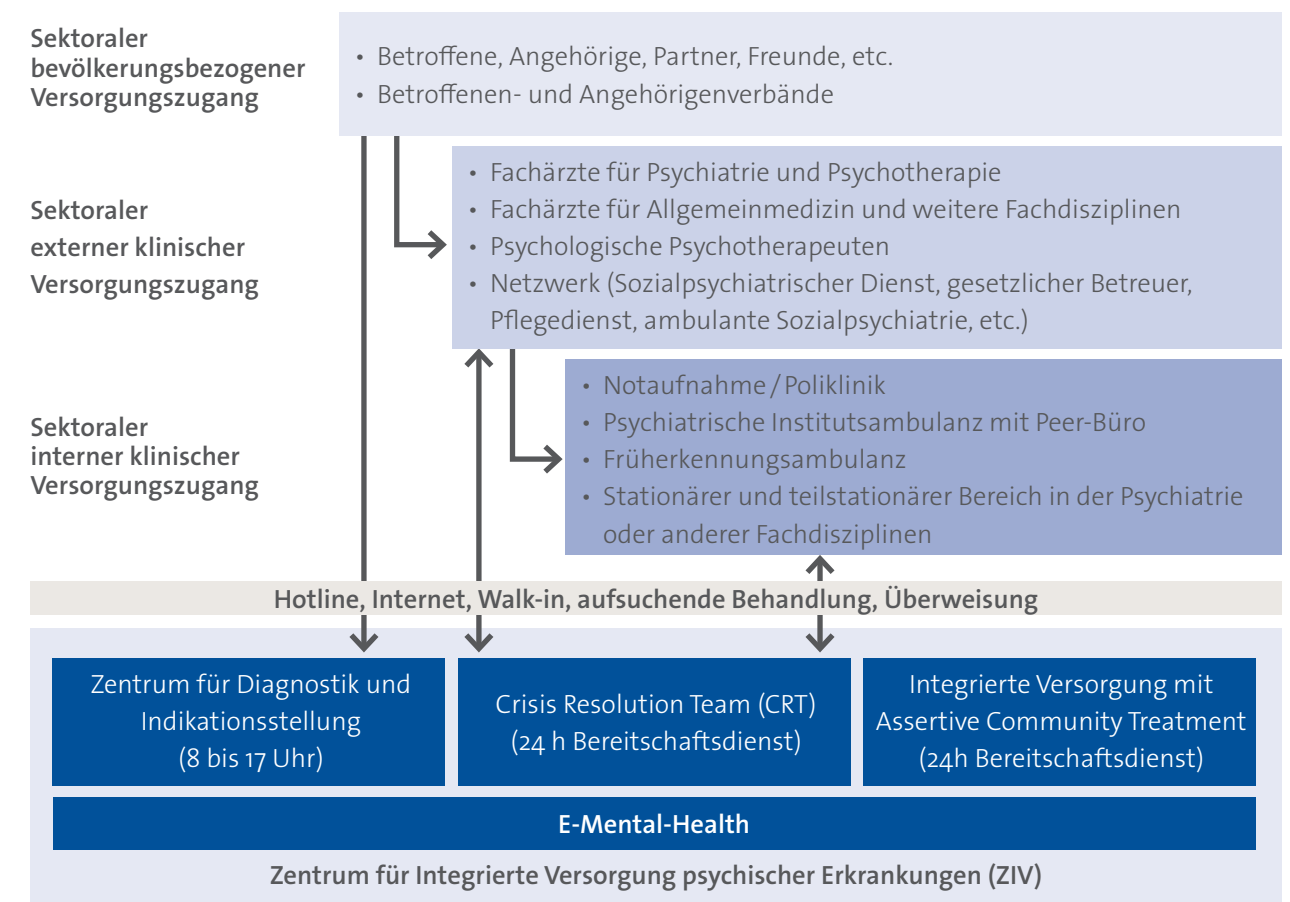
Innerhalb der Angebote des ZIV werden verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung des Versorgungszugangs umgesetzt (siehe Abbildung 12).

Das Sanduhr-Modell

Abb. 11 Beispiele der Manuale der Interventionen im ZIV



Abb. 12 Maßnahmen zur Verbesserung des Versorgungszugangs



Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

Wie in Abbildung 12 dargestellt, setzt das ZIV hier folgende Maßnahmen um:

- Kooperation mit Patienten- und Angehörigenorganisation
- Netzwerkbildung mit und erleichterte Überweisung durch niedergelassene Fachärzte und psychologische Psychotherapeuten
- Hotline
- Verlängerte Öffnungszeiten
- 24 h Bereitschaftsdienste für Krisenintervention und Behandlung

- Aufsuchende Krisenintervention und Behandlung
- Zugang über Internet

Details sind im Manual 2: *Verbesserung des Versorgungszugangs* erläutert (Lambert & Kraft 2017c).

c. Diagnostik und Indikationsstellung

Die (Erst)Diagnostik bzgl. einer detailliert-differenzierten psychiatrischen, psychologischen, biologischen und sozialen Diagnostik wird durch folgende Maßnahmen verbessert werden (siehe Tabelle 10).

Tab. 9 Inhalte der multifaktoriellen Diagnostik (mit Darstellung wie im Arztbrief)

Inhalte	Details
Psychosoziale Diagnostik (alle Angaben wie Arztbrief)	
Diagnosen	Hauptdiagnose: Diagnose (ICD-10 Kodierung: XX.XX) Psychische komorbide Diagnosen (ICD-10 Kodierung): Diagnose (ICD-10 Kodierung: XX.XX) Diagnose (ICD-10 Kodierung: XX.XX) ... Somatische komorbide Diagnosen (ICD-10 Kodierung): Diagnose (ICD-10 Kodierung: XX.XX) Diagnose (ICD-10 Kodierung: XX.XX) ... Soziale Unterstützungsbedarfs-Diagnosen (ICD-10 Kodierung): Diagnose (ICD-10 Kodierung: XX.XX) Diagnose (ICD-10 Kodierung: XX.XX) ...
Aufnahmeanlass und -situation	Es handelt es sich um die X. Aufnahme im Hause und die X. Aufnahme insgesamt eines XX. Jahre alten Patienten, der mit einem XXX Syndrom (und anderen Syndromen) zur Aufnahme kam. Weiter mit Beschreibung der Aufnahmesituation und der Gründe für Exazerbation. Freiwillig oder per §. Wenn §, dann Gründe nennen. Vorbehandler (Psychiater mit Name, Adresse und Telefon), Psychotherapeut (Psychiater mit Name, Adresse und Telefon), Sonstige Institutionen (Name, Adresse und Telefon)
Psychopathologischer Befund bei Aufnahme	Siehe Anlage 1 (5.1)
Aktuelle Medikation	• Aktuelle Medikation bei Aufnahme • Vormedikation • Adhärenz mit Vormedikation

Inhalte	Details
Krankheitsvorgeschichte	• Ersterkrankungsalter, Dauer der Erkrankung • Vorbehandlungen
Biographie	• Eltern, Kindergarten, Schule, Schulabschluss, Lehre, Studium, Beruf, derzeitiger Status (z. B. arbeitslos, berentet)
Betreuungsstatus	• „Bei dem Patienten besteht keine gesetzliche Betreuung“ • „Bei dem Patienten besteht seitdem XXX (Datum) eine gesetzliche Betreuung. Die Wirkungskreise umfassen Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmungsrecht, Finanzen, Wohnangelegenheiten.“ • Gesetzlicher Betreuer ist: Name, Anschrift, Telefonnummer
Sozialstatus	• Wohnsituation, Arbeitssituation (Schule, Ausbildung, Beruf), Finanzsituation (Einkommen, Rente)
Biologische Untersuchung	
Anamnese	• Körperliche Vorerkrankungen • Vorbehandlungen • Aktuelle Medikation
Körperliche Untersuchung	• Internistische Untersuchung • Neurologische Untersuchung
Apparative Diagnostik	• Labor • EKG • EEG • cCT / cMRT • Lumbalpunktion • Weitere Untersuchungen nach Befundlage
Standardisierte psychologische Testverfahren	
Neuropsychologische Testung	• Standardverfahren
Test-psychologische Untersuchung	• SKID I • KID II • Krankheitsspezifische Skalen
Apparative Diagnostik	• Labor • EKG • EEG • cCT / cMRT • Lumbalpunktion • Weitere Untersuchungen nach Befundlage

Details sind im Manual 3: *Diagnostik und psychotherapeutische Sprechstunde* erläutert (Karow 2017).

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

d. Crisis Resolution (Stationsäquivalente Behandlung)

Crisis Resolution im Sinne der stationsäquivalenten Akutbehandlung im häuslichen Umfeld wird für alle Patienten in Krise angeboten. Das Crisis Resolution Team (CRT) ist ein fachärztlich geleitetes, multiprofessionelles und interdisziplinäres Team mit der Aufgabe einer zeitlich begrenzten Akutbehandlung im häuslichen Umfeld für Klienten in akuten Krankheitsphasen einer psychischen Erkrankung. CRTs haben folgende **Kernkomponenten**:

- sie arbeiten multiprofessionell,
- sie haben nur die Aufgabe der häuslichen Krisenintervention,
- sie sind einfach erreichbar, reagieren schnell auf Überweisungen und akzeptieren Überweisungen von allen Ressourcen,
- sie stehen 24 Stunden täglich an 7 Tagen der Woche zur Krisenintervention bereit,
- sie haben eine „Gatekeeping“-Funktion für alle stationären Akutufnahmen,
- sie behandeln Klienten unabhängig von Diagnose, Erkrankungsphase und Behandlungsstatus,
- sie bieten eine intensive Krisenintervention über einen kurzen Zeitraum,
- sie stehen in engem Kontakt mit den Klienten und anderen Bezugspersonen (etwa einmal pro Schicht),
- sie bieten pharmakologische, psychologische, soziale, somatische Behandlungen bzw. koordinieren diese,
- sie behandeln solange bis die Krise beendet bzw. der Klient stabilisiert ist,
- sie sichern die Weiterbehandlung der Klienten und
- sie stehen für erneute Kriseninterventionen bereit.

Details sind im Manual 4: Crisis Resolution Team (CRT) erläutert (Lambert & Kraft 2017a).

e. Psychotherapie

Durch die Zusammenarbeit mit niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten sowie die Einbindung von der Psychiatrischen Institutsambulanz sind verschiedene psychologische Interventionen Teil der Behandlung:

Struktureller Ebene:

- Psychotherapeutische Sprechstunde
- Einzelpsychotherapie
 - Ultrakurzzeitpsychotherapie
 - Kurzzeitpsychotherapie
 - Langzeitpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie

Inhaltliche Ebene:

- Verhaltenstherapie
- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Psychoedukation
- Metakognitives Training
- Dialektisch-behaviorale Therapie

Details sind im Manual 5: Psychotherapie erläutert (Peter, Peper und Karow 2017).

f. (Intensives) Case Management

Für Patienten mit Common Mental Disorder mit hohem Schweregrad wird Case Management angeboten. Die Kernaufgaben des Case Management sind unter 2.2.2.3c und Abbildung 6 genau erläutert. Kernaktivitäten sind:

- Behandlungsorientierte Aktivitäten
- Sozial-orientierte Aktivitäten
- Coaching-orientierte Aktivitäten

Details sind im Manual 7: (Intensives) Case Management erläutert (Kraft & Lambert 2017).

g. Assertive Community Treatment

ACT Teams sind fachärztlich geleitete, multiprofessionelle (und ggf. interdisziplinäre) Teams, die eine aufsuchend-nachgehende und langfristige Behandlung im häuslichen Umfeld für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bereitstellen. Kernkomponenten sind (Lambert & Kraft 2017b):

- sie behandeln Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen,
- sie stehen 24 Stunden täglich an 7 Tagen der Woche zur Krisenintervention bereit
- sie haben eine „Gatekeeping“-Funktion für alle Akutufnahmen im Krankenhaus im und außerhalb des Versorgungssektors
- sie bieten eine langfristige, aufsuchend und nachgehende Behandlung,
- sie bieten pharmakologische, psychologische, soziale, somatische Behandlungen bzw. koordinieren diese,
- sie behandeln solange bis die Krise beendet bzw. der Klient stabilisiert ist,
- sie sichern die Weiterbehandlung der Patienten und
- sie stehen für erneute Kriseninterventionen bereit.

Details sind im Manual 8a: *Integrierte Versorgung für Psychosen inklusive Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) – das Hamburger Modell erläutert* (Kraft & Lambert 2017b).

h. E-Mental-Health

Die Inhalte der E-Ment-Health Plattform eRECOVER sind unter 3.2.3 detailliert erläutert. Innerhalb dieses Angebotes erhalten Patienten folgende Therapie-möglichkeiten:

- **eBeratung**
Beratung u. Unterstützung bei der Nutzung von eRECOVER (Textchat, Audiochat oder Videochat).

• eDiagnostik

eDiagnostik mittels gestufter und dynamischer Fragebögen und Fragebogenpakete für die Erkrankungen Angststörungen (mit Spezifikation), bipolare Störung, Essstörungen, Schizophrenie, somatoforme Störungen, Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Unipolare Depression, Zwangsstörungen.

• eTherapie

Neun eTherapie-Programme für die Erkrankungen Angststörungen (mit Spezifikation), bipolare Störung, Essstörungen, Schizophrenie, somatoforme Störungen, Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Unipolare Depression, Zwangsstörungen.

Details sind im Manual 9: *E-Mental Health – die E-Mental-Health Plattform eRECOVER* (Lambert & Hoff 2017).

i. Supported Employment

Im ZIV wird Supported Employment angeboten. Dabei handelt es sich um eine teambasierte Intervention zur sofortigen rehabilitativen Integration. Folgende Komponenten gehören dazu:

- Systematisches Screening und Untersuchung bezüglich beruflicher Aspekte
- bei AU-Status Jobcoaching bzw. Klärungshilfe zur baldigen Arbeitsfähigkeit mit Einstiegsberatung, betrieblichem Training, Training-on-the-Job, Begleitung am Arbeitsplatz
- bei Ausbildungs- oder Arbeitslosigkeit Kooperation mit Arbeitgebern & Coaching
- bei Erwerbsunfähigkeit Einstiegsberatung, Abklärung von Voraussetzungen, Einmündung und Vermittlung in das bestehende Regelsystem
- Weitervermittlung von Expertise an Netzwerkpartner und

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

• schrittweiser Aufbau eines Kooperationsnetzwerkes mit Arbeitsgebern.

Details sind im Manual 10: *Supported Employment* erläutert (Lambert & Schweiger 2017).

k. Kultur- und Sprachensible Versorgung

Bezüglich der Verbesserung der kultur- und sprachsensiblen Behandlung umfasst der Leistungskatalog des ZIV folgende Komponenten:

- Strukturierte Zusammenarbeit mit psychosozialen Beratungs- und Koordinierungsstellen für Flüchtlinge und Migranten und mit Dolmetscherdiensten;
- Schulung der Partner und Dolmetscher in interkultureller Kompetenz;
- Strukturierte Integration von Dolmetschern in die Behandlung;
- Verbesserung der kultursensiblen Diagnostik;
- Implementierung kultursensibler E-Mental-Health Angebote und
- Verstetigung kultur- und sprachsensibler Selbsthilfegruppen sowie Peer-Beratung.

Details sind im Manual 11: *Verbesserung der kultur- und sprachsensiblen Behandlung* erläutert (Möske 2017).

I. Peer-Genesungsbegleiter

Peer-Genesungsbegleitung wird im ZIV an verschiedenen Stellen angeboten:

- In der Ambulanz für Diagnostik und Indikationsstellung
- Im Crisis Resolution Team
- Im Assertive Community Treatment Team

Zu den Kernkomponenten der Peer-Gesundheitsbegleiter gehören:

- Selbsterforschung (der eigenen Erfahrung einen Sinn geben)

- Beratung von Psychiatrie-Erfahrenen für Psychiatrie-Erfahrene (peer advocacy)
- Assessment (ganzheitliche Bestandsaufnahme und Zielplanung)
- Begleitende Hilfen
- Krisenintervention
- Lernen und Lehren

Details sind im Manual 12: *Peer-Gesundheitsbegleitung* erläutert (Mahlke & Bock 2017).

3.3.2.3 Qualitätssicherung und Aus-, Fort- und Weiterbildung

a. Integriertes Qualitätsmanagement

Im Sinne der Qualitäts- und Kostensteuerung (siehe Kapitel 2.2.3.3) ist ein integriertes und sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement ein wesentlicher Teil des Leistungsangebotes. Damit soll der Fragmentierung der Gesundheitsversorgung entgegengewirkt werden. Die Qualitätssicherung folgt dem Prinzip des PDCA-Zyklus (siehe Abbildung 7) und den entsprechenden Vorgaben bezüglich dessen Umsetzung (siehe Kapitel 2.2.3.3g). Umgesetzt werden Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Bereichen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse (siehe Tabelle 10).

Tab. 10 Qualitätssicherungsmaßnahmen (QM; nach Franke & Tögel 2010)

QM-Domäne	Qualitätssicherungsmaßnahmen
Übergeordnete Maßnahmen	
Vertrag und Berichtswesen	• Vertragliche Vereinbarungen über Qualitätssicherungsmaßnahmen zwischen ZIV und Krankenkassen und zwischen ZIV und internen und externen Kooperationspartnern • Hinterlegung von Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb des zertifizierten QM-Systems der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie • Aufklärung der Patienten über Qualitätssicherungsmaßnahmen (Patienteninformationen, Patienteneinwilligung, Patientendatenschutz) und schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsuntersuchung • Überprüfung der definierten Qualitätsziele durch jährliche Ergebnisqualitätsberichte und vierteljährliche Leistungsberichte an die Krankenkassen
Dokumente	• Alle Abläufe, Dokumente und QM-Maßnahmen werden in Formularen und Dokumenten hinterlegt
Zugang zu Dokumenten	• Alle Abläufe, Dokumente und QM-Maßnahmen werden in einer datensicheren Cloud abgelegt (Recover OwnCloud), die für die Netzwerkpartner zugänglich ist
Evidenz	• Anwendung evidenzbasierter Versorgungsmodelle mit jeweils vorhandenen Qualitätssicherungsskalen, z. B. für Case Management, Crisis Resolution Team und Assertive Community Treatment (siehe 3.3.2.2d,fg)
Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität	
Netzwerk	• Förderung des Netzwerkmanagements durch Implementierung eines Netzwerkmanagers (siehe 3.3.2.1c) • Förderung der Netzwerkqualität durch Implementierung eines Beirates zur Kontrolle der Versorgung und Planung sektoraler Kapazitäten (siehe 3.3.1.3) • Durchführung von 6-monatigen Qualitätszirkeln (siehe 3.3.2.1c) • Verschiedene Versorgungsmodelle haben untergeordnete Netzwerkfunktion, z. B. Projektmanager im Cisis Resolution Team (siehe 3.3.2.2d)
Mitarbeiter (Ausbildung)	• Kontrolle der Qualitätsindikatoren bzgl. Ausbildung, Beruf und Zusatzqualifikationen aller Leistungserbringer (intern und extern; siehe 3.3.2.1d) • Implementierung eines kontinuierlichen und zertifizierten Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramms für alle Mitarbeiter und Kooperationspartner (siehe 3.3.2.3b)
Wissen	• Implementierung einer Webseite zu allen Institutionen und Versorgungskomponenten von RECOVER (www.recover-hamburg.de) • Implementierung einer Webseite zu allen Versorgungskomponenten von eRECOVER (www.erecover.de) • Jährliche Treffen der Netzwerkpartner zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, zur Überprüfung evidenzbasierter Behandlungsinhalte und ggf. zur Implementierung neuer Interventionen • Jährliche Rückmeldung der Ergebnisse der Qualitätssicherung an alle Mitarbeiter des ZIV und die internen und externen Kooperationspartner zur Förderung von Wissen und der Behandlungsqualität • Implementierung eines kontinuierlichen und zertifizierten Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramms für alle Mitarbeiter und Kooperationspartner (siehe 3.3.2.3b)

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

QM-Domäne	Qualitätssicherungsmaßnahmen
Ausstattung (Technik)	• Implementierung eines speziellen Dokumentationssystems bzgl. Inhalte und Leistungen innerhalb der IT-gestützten Patientenakte • Ausstattung der Mitarbeiter (Räume, IT-Systeme, Autos, Mobiltelefone, etc.)
Organisation (Ablauf)	• Implementierung einer Managementstruktur mit den Inhalten Finanzverwaltung und Finanz-Monitoring, Kommunikation mit Krankenkassen und externen Leistungserbringern, Einbindung neuer externer Leistungserbringer, Vertragsumsetzung, Leistungsdokumentation, Erstellung der Ergebnis- und Leistungsberichte für die Krankenkassen • Organisatorische Abläufe sind in einem Workflow festgelegt • Implementierung von 12 Manualen zur Organisation und Ablauf klinischer Prozesse
Finanzmittel	• Berechnung der Finanzmittel in Zusammenarbeit zwischen ZIV und Krankenkassen • Fortlaufende Kontrolle der Finanzmittel durch die ZIV-Managementstruktur zusammen mit den Krankenkassen
Kapazitäten (Personal)	• Berechnung von Kapazitäten anhand leitlinien-orientierter Versorgungsmodelle (z. B. CRT, CM oder ACT)
Maßnahmen zur Sicherung der Prozessqualität	
Zugang zu Behandlung	• Förderung des Versorgungszugangs durch Maßnahmen zur Verbesserung des Versorgungszugangs (siehe 3.3.2.2b)
Screening	• Screening aller Patienten auf Indikation und Dokumentation von Einschluss und Nicht-Einschluss mit Begründung • Sicherung der Indikationsstellung durch vordefinierte Ein- und Ausschlusskriterien mit Dokumentation und Meldung an die Krankenkassen
Befund	• Standardisierte Aufnahme- und Verlaufsuntersuchung aller Patienten (Inhalte siehe Ergebnisqualität). • Anwendung von zweifacher Diagnostikkontrolle (eDiagnostik und Face-to-Face-Diagnostik)
Diagnostik	• Standardisierte psychiatrische, psychologische, biologische und soziale (Erst)Diagnostik • Anwendung von zweifacher Diagnostikkontrolle (eDiagnostik und Face-to-Face-Diagnostik) • Fachärztlich Kontrolle aller Diagnosen • Jährliche Re-Evaluation aller Morbi-RSA/PEPP relevanten Diagnosen (Hauptdiagnose, komorbide psychische und somatische Diagnosen) • Zugang zu allen somatischen Diagnostik- und Therapieangeboten des UKE durch dauerhafte Führung der Patienten als „stationäre Fälle“ im UKE
Planung der Behandlung	• Diagnostik und Indikationsstellung sind standardisiert und manualisiert (siehe 3.3.2.2c) • Standardisierte Therapieplanung mittels standardisierten Behandlungsplänen • Kontinuierliche fachärztlich-gesicherte Intervention und Supervision bzgl. Indikationsstellung und Therapieplanung
Behandlungsprozesse	• Implementierung eines Versorgungsmodells mit standardisierten Behandlungsprozessen (siehe 3.3.2.2)
Sicherheit	• Erreichbarkeit der Mitarbeiter durch Implementierung einer Leitstelle, 24-stündige Notrufnummer, Handys für Mitarbeiter • Zugang zur zentralen Notaufnahme des UKE 24h täglich

QM-Domäne	Qualitätssicherungsmaßnahmen
Verlaufskontrolle	• Standardisierte Verlaufskontrolle durch wiederholte standardisierte Verlaufsuntersuchungen
Führungsprozesse	• Wöchentliche oberärztliche Supervision, tägliche Intervention innerhalb der Teams und zweiwöchentliche externe Supervision der Teams
Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität	
Monitoring der Ergebnisqualität und der erbrachten Leistungen	• Implementierung einer fortlaufenden multidimensionalen Qualitätssicherungsstudie mit vordefinierten Inhalten und Erhebungszeitpunkten (Aufnahme, 6 Monate, fortlaufend alle 6 Monate). • Standardisierte Aufnahmeuntersuchung inklusive Soziodemographie, Hauptdiagnose, komorbide psychische und somatische Diagnosen (untersucht mit SKID I und II) sowie soziale Unterstützungsbedarfs-Z-Diagnosen, Familienanamnese, Belastungsfaktoren / traumatische Ereignisse in der Vorgeschichte, prämobides Funktionsniveau, psychiatrische, psychotherapeutische und medikamentöse Vorbehandlung, medikamentöse Adhärenz vor Aufnahme, Betreuungstatus, Suizidversuche in der Vergangenheit, Zwangseinweisungen in der Vorgeschichte (Lebenszeit und letzten 2 Jahre). • Aufnahmeuntersuchung unter Anwendung von standardisierten Skalen von Psychopathologie, Schwere der Erkrankung, Funktionsniveau, Lebensqualität (subjektiv und für die Berechnung von QALYs), Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen mit der Vorbehandlung und Service Engagement. • Kontinuierliche Verlaufsuntersuchungen unter Anwendung von standardisierten Skalen zu den o.g. Zeitpunkten von Psychopathologie, Schwere der Erkrankung, Funktionsniveau, Lebensqualität (subjektiv und für die Berechnung von QALYs), Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen mit der Behandlung und Service Engagement. Erhebung der Häufigkeit von Behandlungsabbruch mit Gründen, medikamentöse Adhärenz, Rückfälle (mit und ohne stationäre Wiederaufnahme), Zwangseinweisungen im Verlauf. • Kontinuierliche Dokumentation aller Leistungen innerhalb der Integrierten Versorgung (gesamt, durch die ACT-Teams, in der Psychosen Spezialambulanz, durch die niedergelassenen Psychiater). Dokumentation von psychotherapeutischen Leistungen (Patienten mit und ohne Psychotherapie, gesamte psychotherapeutische Leistungen, Einzel- und Gruppenpsychotherapie).

b. Integrierte Aus-, Fort- und Weiterbildung

Teil der Qualitätssicherung, jedoch hier separat dargestellt, sind integrierte Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Mit Beginn des ZIV erfolgt der Beginn eines kontinuierlichen und zertifizierten Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramms. Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit folgenden Institutionen:

- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Verhaltenstherapie Falkenried MVZ GmbH
- Vertreter Irre menschlich Hamburg e.V.
- Vertreter der Psychotherapeutenkammer
- Vertreter der Ärztekammer

- Vertreter der Krankenkassen

- Vertreter Behandlung von Migranten und Flüchtlingen

Die Inhalte werden zusammen mit den Partnern festgelegt.

Das Integrierte Versorgungsmodell RECOVER

c. Qualitätsberichte

Das Ziel des Qualitätsberichtes ist, regelmäßig valide Daten zu ermitteln, anhand derer die Ergebnisse der Versorgung im Rahmen zuverlässig dargestellt und beurteilt werden können. Hierzu werden jährliche Qualitätsberichte erstellt. Folgende Einzelaspekte müssen enthalten sein:

- die Zahl teilnehmender Versicherter mit Stichtag letzter Kalendertag im Berichtsjahr
- die Zahl der Neueinschreibungen im Berichtsjahr
- die Zahl der Ausschlüsse
- die Zahl der Wiedereinschreibungen nach Widerruf
- die durchschnittlichen Teilnahmezeiten bei Versicherten (Mittelwert, Range)
- ein Tätigkeitsbericht zum Netzwerkmanagement
- eine Abschätzung der Entwicklung im nächsten Jahr
- Anzahl verordneter bzw. abgerechneter Leistungen jeweils insgesamt für alle teilnehmenden Versicherten, je eingeschriebenem Versicherten (Mittelwert, Range) und je beigetretenem Leistungserbringer (Mittelwert, Range)

Literatur

Al-Asaaf AF (1998) Managed Care Quality – A practical guide, CRC, Boca.

Amelung VE (2012a) Definition und Konzepte. In: Amelung VE (Hrsg.) Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Aufl., Gabler Verlag, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 15–28.

Amelung VE (2012b) Teil II Managed Care Organisationen und -Produkte. In: Amelung VE (Hrsg.) Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Aufl., Gabler Verlag, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 61.

Amelung VE (2012c) Teil II Qualitäts- und Kostensteuerung – Case Management. In: Amelung VE (Hrsg.) Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Aufl., Gabler Verlag, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 278.

Amelung VE (2012d) Teil II Qualitäts- und Kostensteuerung – Qualitätsmanagement. In: Amelung VE (Hrsg.) Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Aufl., Gabler Verlag, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 295.

Amelung VE (2012d) Teil II Qualitäts- und Kostensteuerung – Qualitätsmanagement. In: Amelung VE (Hrsg.) Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Aufl., Gabler Verlag, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 296.

Bagalman E, Napili A (2015) Prevalence of Mental Illness in the United States: Data Sources and Estimates. Congressional Research Service 7-5700 www.crs.gov R43047.

Barbato A, Vallarino M, Rapisarda F, et al. (2016). EU COMPASS FOR ACTION ON MENTAL HEALTH AND WELL-BEING. ACCESS TO MENTAL HEALTH CARE IN EUROPE Scientific Paper. Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014–2020).

Bitzer EM, Lehmann B, Bohm S, Priess HW (2015) Barmer GEK Report Krankenhaus 2015, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 33

Briand C, Menear M (2014) Implementing a continuum of evidence-based psychosocial interventions for people with severe mental illness: part 2-review of critical implementation issues. Can J Psychiatry 59, 187–95

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (2016) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014 - Unfallverhütungsbericht Arbeit. 2. Auflage. Dortmund.

Bundespsychotherapeutenkammer (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. URL: http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf (abgerufen am 6.1.2017)

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (2013) Was ist zu tun. Agenda 2020 zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen. Familien-Selbsthilfe Psychiatrie. URL: http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/bapk/ueberuns/materialien/agenda_2020_2013.pdf (abgerufen am 6.1.2017)

Council of Australian Governments (2012) 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 (abgerufen am 6.1.2017)

Delespaul PH; de consensusgroep EPA (2013) Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands. Tijdschr Psychiatr 55, 427–38

Deutscher Bundestag (2016) Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/16o8o3_PsychVVG_Kabinett.pdf (abgerufen am 6.1.2017)

Literatur

DGPPN, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013.

DGPPN, ackpa, BDK, BFLK, DGGPP, DFPP und LIPPs. Leistungsbeschreibung der stations-äquivalenten psychiatrischen Behandlung bei Erwachsenen. Positionspapier 13. Juni 2017. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6a32b1531f474c898fc8ec49c7bf6614cb95ac15/2017-06-13_STN_DGPPN_STÄB_fin.pdf (abgerufen 22.9.2017).

Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. (2017) Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 1:CD007906.

EUROSTAT (2016) Krankenhausbetten für psychiatrische Pflege pro 100.000 Einwohner: URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=de&pcode=tps00047>

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-06-16_iK-2016-10-08_WZ.pdf (abgerufen am 6.1.2017)

Gesundheitsministerkonferenz (2012) „Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2012; URL: https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Anlagen_GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_der_AOLG.pdf (abgerufen am 6.1.2017)

Gühne U, Riedel-Heller S. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/schwerpunkte/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf

Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Becker T, Riedel-Heller SG. (2015) S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and re-

commendations. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 265, 173–88.

Hach I, Rentsch A, Ruhl U, Becker E, Türke V, Margraf J, Krappweis J, Kirch W (2003) Validity of diagnoses of mental disorders by primary care physicians. Gesundheitswesen 65, 359–64.

Hauth I. Wirksamkeit und Akzeptanz von E-Mental-Health-Angeboten zur Verbesserung der Versorgung psychischer Erkrankungen. URL: http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/moodgym/hauth_e_mental_health_181016.pdf (abgerufen am 6.1.2017).

Jorm AF (2015) The quality gap in mental health treatment in Australia. Aust N Z J Psychiatry. 49(10): 934–5.

Karow A, Reimer J, König HH, Heider D, Bock T, Huber C, Schöttle D, Meister K, Rietschel L, Ohm G, Schulz H, Naber D, Schimmelmänn BG, Lambert M (2012) 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; 73: 402–8.

Karow A. Manual 3: Diagnostik und psychotherapeutische Sprechstunde - Grundlagen und Maßnahmen in RECOVER; © UKE 2017

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustun TB, Wang, PS (2009) The global burden of mental disorder: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 18, 23–33

Kilian R. (2014) Integrierte Versorgung unter gemeindepsychiatrischer Steuerung – Pro. Psychiatr Prax 41, 182–183.

Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, Bond GR, Huxley P, Amano N, Kingdon D (2013) Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 9, CD008297.

Konnopka A, Klingberg S, Wittorf A, König HH (2009) Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland: Ein systematischer Literaturüberblick. Psychiatr Prax 36, 211–8

Kraft V, Lambert M. (Intensives) Case Management. © UKE 2017

Kruse J, Herzog W (2012) Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz. URL: http://www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf (abgerufen am 6.1.2017)

Lambert M, Bock T, Naber D, Löwe B, Schulte-Markwort M, Schäfer I, Gumz A, Degkwitz P, Schulte B, König HH, Konnopka A, Bauer M, Bechdorf A, Correll C, Juckel G, Klosterkötter J, Leopold K, Pfennig A, Karow A (2013) Mental health of children, adolescents and young adults--part 1: prevalence, illness persistence, adversities, service use, treatment delay and consequences. Fortschr Neurol Psychiatr 81, 614–27

Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F et al. (2015a) Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen: 3-Jahres Ergebnisse des Hamburger Modells. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58, 408–19.

Lambert M, Härter M, Brandes A, Hillebrandt B, Schlüter C, Quante S. (2015b). Transfer and Implementation of Innovative Awareness and Education Measures, e-Mental Health and Care Models in psychenet - Hamburg Network for Mental Health. Psychiatr Prax. 42 Suppl 1:80–8.

Lambert M, Ruppelt F, Rohenkohl A, Karow A, Wiedemann K (2016a) Langzeittherapie in der Schizophrenie - Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. Psychopharmakotherapie 23, 58–66.

Lambert M. Flexibilization of sectoral borders? For (2016b) Nervenarzt 87, 315–6.

Lambert M, Karow A, Gallinat J, Deister A (2017). Evidenzbasierte Implementierung von stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland. Psychiatrische Praxis 44(02): 62–64.

Lambert M, Kraft V. Manual 2: Verbesserung des Versorgungszugangs – Grundlagen und Maßnahmen in RECOVER; © UKE 2017c.

Lambert M, Kraft V. Manual 4: Evidenzbasierte Implementierung, Zertifizierung und Auditierung von Crisis Resolution Teams (CRTs); © UKE 2017a.

Lambert M, Kraft V. Manual 8a: Integrierte Versorgung für Psychosen inklusive Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) – das Hamburger Modell; © UKE 2017b.

Lambert M, Hoff M. Manual 9: E-Mental-Health – die E-Mental-Health Plattform eRECOVER“. © UKE 2017.

Lambert M, Schweiger M. Manual 10: Supported Employment. © UKE 2017.

Lambert M, Karow A, Deister A, Gallinat J. (in Druck) Steuerung psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. In: Arno Deister, Thomas Pollmächer, Peter Falkai, Katrin Erk (Hrsg.), Krankenhausmanagement in Psychiatrie und Psychotherapie: Strategien, Konzepte und Methoden, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, Johnson S, Kendall T (2014) A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. BMC Psychiatry 14, 39.

Lumme S, Pirkola S, Manderbacka K, Keskimäki I (2016) Excess Mortality in Patients with Severe Mental Disorders in 1996-2010 in Finland. PLoS One 11, 0152223

Mahlke C, Bock T. Manual 12: Peer-Gesundheitsbegleitung. © UKE 2017.

Literatur

Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT) (2013) J.R. van Veldhuizen & M. Bähler; www.factfacts.nl, Groningen. Deutsche Übersetzung von V. Kraft, A. Wüstner & M. Lambert. © UKE 2017

Marshall M, Lockwood A (2011) Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 4, CD001089.

Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, George P, Delphin-Rittmon ME (2014) Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 65, 16–23.

Menear M, Briand C (2014) Implementing a continuum of evidence-based psychosocial interventions for people with severe mental illness: part 1-review of major initiatives and implementation strategies. *Can J Psychiatry* 59, 178–86.

Meurk C, Leung J, Hall W, Head BW, Whiteford H (2016) Establishing and Governing e-Mental Health Care in Australia: A Systematic Review of Challenges and A Call For Policy-Focussed Research. *J Med Internet Res* 18, e10.

Moock J (2014) Support from the Internet for Individuals with Mental Disorders: Advantages and Disadvantages of e-Mental Health Service Delivery. *Front Public Health* 2, 65.

Möske M (2015) Cross-cultural Opening – a long way to achieve substantial changes in the German mental health care system. *Socialmedicinsk tidskrift* 1, 79–88.

Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M (2015) Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 12, CD001087.

NHS England (2016). The National Collaborating Centre for Mental Health and the National Institute for Health and Care Excellence. Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2014) Making Mental Health

Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies 2014, OECD Publishing.

Paton F, Wright K, Ayre N, et al. (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.

Peter H, Peper H, Karow A. Manual 5: Psychotherapie. © UKE 2017.

Psychoreport 2015 (2015) Deutschland braucht Therapie. Herausforderungen für die Versorgung. URL: https://www.dak.de/dak/download/DAK-Psychoreport_2015-1718180.pdf (abgerufen 11.01.2017).

Richards DA, Weaver A, Utley M, Bower P, Cape J, Gallivan S, Gilbody S (2010) Developing evidence based and acceptable stepped care systems in mental health care: an operational research project. Final report. NIHR Service Delivery and Organisation programme.

Rössler et. al, Neue Versorgungsmodelle in der Psychosenbehandlung, *Nervenarzt* 2006 [Suppl 2]; 77: 111–120.

Schwartz FW, Wismar M (2003) Planung und Management. In: Schwartz FW (Hrsg.). *Das Public Health Buch*, 2. Aufl., Urban und Fischer, München, S. 558–573.

Sekhri NK. (2000) Managed Care: the US experience. *Bull World Health Organization*, 78: 830–844.

Sarikaya G, Sengutta M, Wittmann L, Lüdecke D, von Iljin J, Ruppelt F, Rohenkohl A, Schöttle D, Gallinat J, Karow A, Lambert M (2015) Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) und Wege in die Behandlung (Pathway-to-Care) bei Patienten in der frühen Entwicklungsphase einer psychotischen Störung (PTC-Studie). Poster, DGPPN Kongress 2015: P-05-009.

STATISTA (2014) Statistiken und Studien zu Psychische Erkrankungen. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/246590/umfrage/direk->

te-kosten-psychischer-erkrankungen-in-deutschland-nach-krankheitsart/

STATISTA (2016) Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer aufgrund von psychischen Erkrankungen im Zeitraum von 2006 bis 2015. URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/845/umfrage/dauer-von-arbeitsunfaehigkeit-aufgrund-von-psychischen-erkrankungen/>

Steckermaier H. Integrierte Versorgung und Managed Care in der Gemeindepsychiatrie - Aufbau eines ambulanten Versorgungsnetzwerkes nach § 140a ff SGB V. Hochschule München, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften Eingereicht als Masterarbeit für den Studiengang Master Mental Health im Juli 2010.

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2016). Who we are. <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are>

Thornicroft G, Tansella M (2004) Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 185: 283–290.

Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. *Lancet* 2007; 370(9590): 807–8.

Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G (2011) Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung

Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen, 14. Januar 2005, S. 2.

Wiechmann M. Managed Care in Deutschland: Sechs Thesen zur Einführung. *Ärzteblatt* 2004 Link: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/43751/Managed-Care-in-Deutschland-Sechs-Thesen-zur-Einfuehrung> (abgerufen 22.9.2017).

Wiechmann M. Managed Care: Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen. Springer-Verlag, 2013.

Wohlgemuth K. In Nagel E (Hrsg.) (2007) *Das Gesundheitswesen in Deutschland Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung* Deutscher Ärzteverlag: Köln.