



Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



RECOVER: Manual 2

## Verbesserung des Versorgungszugangs

Grundlagen und Maßnahmen in RECOVER

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gefördert durch



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

# Impressum

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

**Autoren:**

Prof. Dr. Martin Lambert  
Prof. Dr. Anne Karow  
Dipl. Oec. Susann Nagl  
Dr. Gunda Ohm  
Dr. Anna-Katharina Siem  
Dr. Constanze Finter  
Dr. Daniel Lüdecke  
Dipl.-Psych. Vivien Kraft

Layout: Sina Hofmann, Monika Thiel, 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.

[Abkürzungsverzeichnis](#)

- ACT – Assertive Community Treatment
- CMD – Common Mental Disorder
- CRT – Crisis Resolution Team
- DUP – Duration of Untreated Psychosis
- DUI – Duration of Untreated Illness
- EU – Europäische Union
- OECD – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- STÄB – Stationsäquivalente Behandlung
- ACT – Assertive Community Treatment
- UKE – Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- WHO – World Health Organisation

# Vorwort

Sehr geehrte  
Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Interessierte,

Relevante psychische Erkrankungen betreffen jährlich etwa ein Fünftel der Bevölkerung, verursachen enorme Kosten für die Gesellschaft und sind für einen großen Anteil der Behinderung bei den Bürgern der Europäischen Union verantwortlich.

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“) und
- 2) ein **unzureichender Versorgungszugang zu effektiver (evidenzbasierter) Behandlung**, also Personen, die trotz Kontakt zum Versorgungssystem keine nachgewiesenen effektive (evidenzbasierte) Behandlung erhalten (englisch „Quality Gap“).

Die Häufigkeiten von Treatment und Quality Gap hängen von einer Vielzahl von Faktoren ab. Entsprechend zeigen Raten beider Versorgungsaspekte eine große Varianz, weisen aber darauf hin, dass eine große Zahl von Personen mit psychischen Erkrankungen keinen Kontakt zum Versorgungssystem haben und viele bei Kontakt keine nachgewiesene effektive Behandlung erhalten.

Treatment und Quality Gaps haben zahlreiche Konsequenzen, für die Betroffenen und ihre Angehörigen, ebenso wie für die Gesellschaft. Die wesentlichste primäre Konsequenz ist eine Behandlungsverzögerung, d.h. eine lange Dauer in der eine psychische Erkrankung nicht oder nicht effektiv behandelt wird. Konsequenzen von Behandlungsverzögerungen umfassen mehr oder minder jeden Behandlungserfolgsweg, also z.B. den Symptomm Verlauf, die Rückfallhäufigkeit, die Arbeitsfähigkeit oder die Lebensqualität.

Entsprechend steht das Thema „*Verbesserung des Versorgungszugangs*“ bei psychischen Erkrankungen ganz oben auf der Agenda, u.a. der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Organisation für wirt-

schaftliche Zusammenarbeit (OECD) oder der Europäischen Union (EU).

Das vorliegende Manual „*Verbesserung des Versorgungszugangs*“ beinhaltet zwei wesentliche Aspekte:

- 1) Grundlagen bzgl. Häufigkeit, Ursachen und Konsequenzen von einem unzureichenden Versorgungszugang
- 2) Maßnahmen zur Verbesserung des Versorgungszugangs in RECOVER

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

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Vorwort                                                           | 4  |
| 1. Kapitel: Problemstellung                                       | 7  |
| 1.1 Einleitung                                                    | 7  |
| 1.2 Häufigkeiten                                                  | 8  |
| 1.2.1 Versorgungszugang zu Behandlung (Behandlungslücke)          | 8  |
| 1.2.2 Versorgungszugang zu effektiver Behandlung (Qualitätslücke) | 10 |
| 1.3 Ursachen eines unzureichenden Versorgungszugangs              | 10 |
| 1.3.1 Versorgungszugang zu Behandlung (Behandlungslücke)          | 10 |
| 1.3.2 Versorgungszugang zu effektiver Behandlung (Qualitätslücke) | 10 |
| 1.4 Konsequenzen                                                  | 11 |
| 2. Kapitel: Verbesserung des Versorgungszugangs in RECOVER        | 13 |
| 2.1 Versorgungszugang zu Behandlung                               | 13 |
| 2.2 Versorgungszugang zu effektiver Behandlung                    | 14 |
| 3. Kapitel: Fallbeispiele                                         | 16 |
| 3.1 Fallbeispiel Frau S.                                          | 16 |
| 3.2 Fallbeispiel Herr M.                                          | 16 |
| 3.3 Fallbeispiel Frau L.                                          | 16 |
| 3.5 Fallbeispiel Herr P.                                          | 17 |
| Literatur                                                         | 18 |

## Problemstellung



### 1.1. Einleitung

Relevante psychische Störungen sind mit einer 1-Jahresprävalenz von etwa 20 % häufige Erkrankungen, verursachen enorme Kosten für die Gesellschaft in Höhe von etwa 3 % bis 4 % des Bruttoinlandsprodukts (OECD 2014) und sind für einen großen Anteil der Behinderung bei den Bürgern der Europäischen Union verantwortlich (Barbato et al. 2016).

Der hohe Anteil der Behinderung durch psychische Erkrankungen wird durch verschiedene Faktoren erklärt, u.a. durch das durchschnittlich junge Ersterkrankungsalter (bis zum 14. Lebensjahr sind 50 % und bis zum 24. Lebensjahr 75 % aller Lebenszeitfälle erkrankt; Kessler et al. 2005), die hohe Erkrankungs persistenz (Lambert et al. 2013) und die häufig ausgeprägte Beeinträchtigung des sozialen Funktionsniveaus (Barbato et al. 2016).

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. Der Begriff „**Treatment Gap**“ beschreibt dabei die Differenz zwischen der Prävalenz einer psychischen Erkrankung und der Prävalenz von Erkrankten, die eine Behandlung für die psychische Erkrankung erhalten (fortan wird der Begriff „**Behandlungslücke**“ verwendet).

- 2) Ein **unzureichender Versorgungszugang zu effektiver (evidenzbasierter) Behandlung**, also Personen, die trotz Kontakt zum Versorgungssystem keine nachgewiesenen effektive (evidenzbasierte) Behandlung erhalten. Der Begriff „**Quality Gap**“ beschreibt dabei die Differenz zwischen der Prävalenz einer psychischen Erkrankung und der Prävalenz von Erkrankten, die eine effektive (evidenzbasierte) Behandlung für die psychische Erkrankung erhalten (fortan wird der Begriff „**Qualitätslücke**“ verwendet).

Die Unterscheidung dieser zwei Versorgungsaspekte ist insofern bedeutsam, da der Kontakt zum Versorgungssystem allein nichts über die Effektivität der erhaltenen Behandlung aussagt (Barbato et al. 2016).

Abbildung 1 veranschaulicht modellhaft die Notwendigkeit spezifischer Versorgung bezogen auf die Häufigkeit psychischer Erkrankungen, die Verfügbarkeit eines spezifischen Versorgungssystems, dessen Erreichbarkeit bis hin zur Abdeckung von Kontakten, Behandlung und effektiver (evidenzbasierter) Behandlung. Wie Abbildung 1 verdeutlicht, existiert bei psychischen Erkrankungen eine große Differenz zwischen der häufigkeitsbezogenen Notwendigkeit von Versorgung und der Abdeckung effektiver Behandlungen durch das Versorgungssystem (Barbato et al. 2016).

## Problemstellung

Das vorliegende Manual „*Verbesserung des Versorgungszugangs*“ beinhaltet entsprechend zwei wesentliche Aspekte:

- 1) Grundlagen bzgl. Häufigkeit, Ursachen und Konsequenzen von Behandlungs- und Qualitätslücken in der Versorgung von psychischen Erkrankungen und
- 2) Maßnahmen zur Verbesserung von Versorgungszugang zu Behandlung und vor allem zu effektiver (evidenzbasierter) Behandlung in RECOVER, also zum Schließen dieser Lücken.

### 1.2. Häufigkeiten

#### 1.2.1. Versorgungszugang zu Behandlung (Behandlungslücke)

Studien zum Versorgungszugang zu Behandlung untersuchen, wie viele Personen trotz psychischer Erkrankung keinen Kontakt zum Versorgungssystem haben. Neben dem Begriff „Treatment Gap“ (Behandlungslücke) werden in der Literatur dafür auch noch andere Begriffe verwendet, z.B. „Service Use“, Service Utilization“ oder „Untreated mental disorder“.

Die wichtigsten Studienergebnisse zur Häufigkeit bzw. zu häufigkeitsbeeinflussenden Faktoren sind wie folgt:

- Die Häufigkeit der Behandlungslücke zeigt in Abhängigkeit zahlreicher Faktoren eine große Varianz von unter 10 % bis hin zu über 90 % (Alonso et al. 2004, Kohn et al. 2004, Harris et al. 2015).

- Beeinflussende Faktoren sind v.a. (Kohn et al. 2004, Wang et al. 2011, Harris et al. 2015):
  - die Qualität des Versorgungssystems (z.B. Kapazität, Erreichbarkeit, Finanzierung, Akzeptanz)
  - Art und Schwere der psychischen Erkrankung
  - Alter bei Beginn der Erkrankung
  - sozioökonomischer Status
  - prämorbid funktionelles Niveau
  - psychosoziale Konsequenzen der Behandlungsverzögerung
  - die Dauer des Beobachtungszeitraums (zumeist ein Jahr oder Lebenszeit)
- Verbreitete psychische Erkrankungen wie Depression, Angststörungen oder Suchterkrankungen (engl. „Common Mental Disorder“, CMD) sind mit einer durchschnittlichen Häufigkeit der Behandlungslücke von 40 % bis 70 % zumeist unbehandelt (Kohn et al. 2004, Wang et al. 2007, Harris et al. 2015).

- Schwere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie oder Bipolar I Störungen zeigen eine niedrigere Behandlungslücke, sind aber immer noch zu 15 % bis 50 % unbehandelt (Kohn et al. 2004, Wang et al. 2011).
- Betrachtet man alle psychischen Erkrankungen, ist die Mehrzahl der Betroffenen unbehandelt, nämlich 30 % bis 80 % (Thornicroft 2007, Kohn et al. 2004, WHO 2005, Wittchen & Jacobi 2005; siehe Abbildung 2).
- Ob Jugendliche und junge Erwachsene sich im Vergleich zu Erwachsenen bzgl. der Häufigkeit der Behandlungslücke unterscheiden, ist nicht ausreichend geklärt. Studien aus Australien zeigen, dass Erwachsene etwa dreimal häufiger in Behandlung sind als Jugendliche und junge Erwachsene (Burgess et al. 2009). Andere Studien fanden dagegen, dass bei CMD ein junges Alter ein Prädiktor für eine kleinere Behandlungslücke ist (DiNapoli 2016, Lundin et al. 2017).

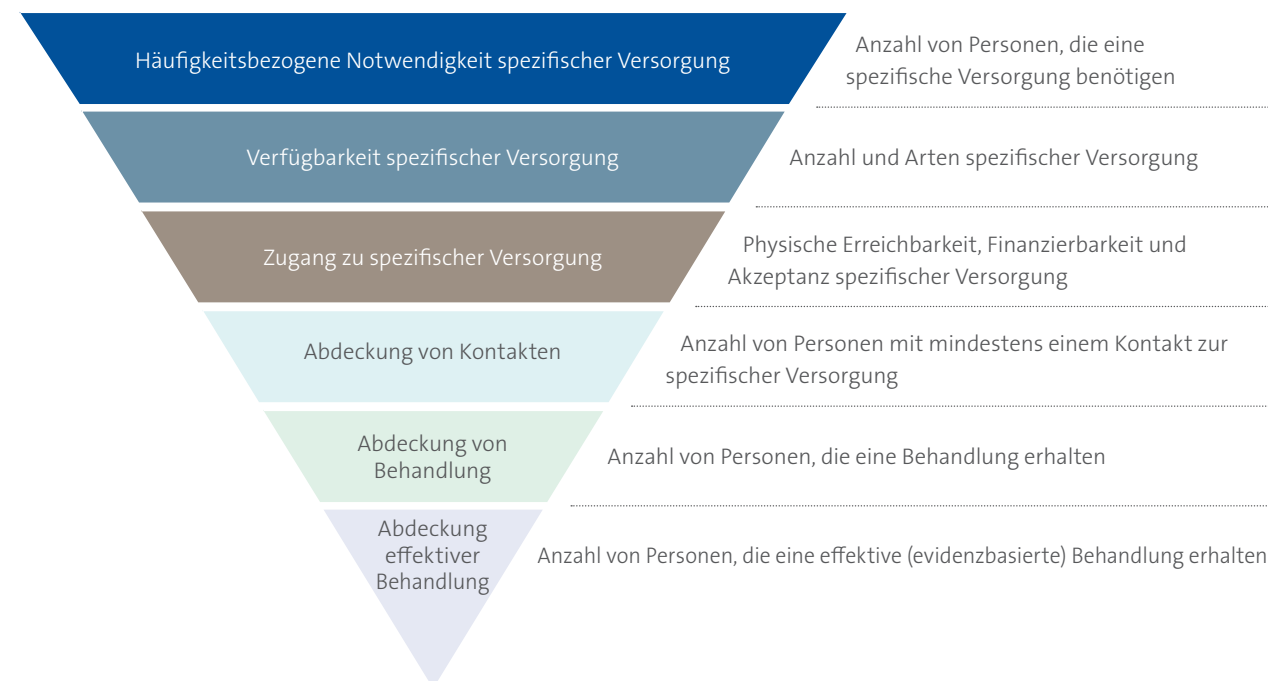


Abb. 1 Modell der Service-Erreichbarkeit und -Abdeckung (nach Barbato et al. 2016)

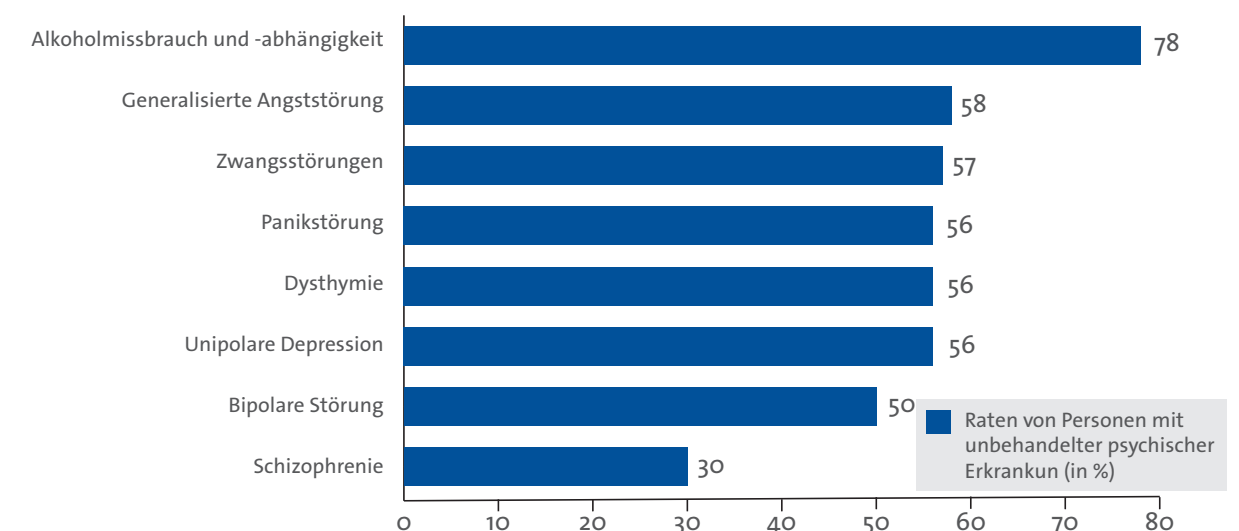


Abb. 2 Raten von unbehandelten Personen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen in 37 WHO-Studien (nach Thornicroft 2007)

Problemstellung

1.2.2. Versorgungszugang zu effektiver Behandlung (Qualitätslücke)

Studien zum Versorgungszugang zu effektiver (evidenzbasierter) Behandlung untersuchen, wie viele Personen trotz Kontakt zum Versorgungssystem keine nachgewiesenen effektive (evidenzbasierte) Behandlung erhalten („Quality Gap“ – Qualitätslücke). Zu dieser Fragestellung existieren noch weniger Studien als zum generellen Versorgungszugang zu Behandlung.

Wang et al. (2005) untersuchten die Service-Inanspruchnahme und die Art der Behandlung für Angststörungen, Depressionen und Suchterkrankungen in 17 Ländern im Rahmen eines „WHO mental health surveys“. Je nach Land waren lediglich 2-18% aller Erkrankten in den letzten 12 Monaten in einer psychiatrischen Behandlung. Diese Rate war in den „high income countries“ genauso niedrig (4-19%). In Deutschland lag die Service-Inanspruchnahme bei 8%, wobei 48.5% in psychiatrischen Institutionen behandelt wurden, alle anderen im allgemeinmedizinischen Versorgungssystem (z.B. Hausarzt). Lediglich 42% der 8% in Deutschland in Behandlung befindlichen Patienten erhielten eine „minimum standards of adequacy“-Therapie, d.h. entweder Pharmakotherapie oder Psychotherapie. Alle anderen eine noch schlechtere. Im Vergleich zu früheren Studien ergeben sich damit weder in Bezug auf die Service-Inanspruchnahme-Rate noch hinsichtlich der Rate von Patienten mit unzureichender Behandlung eine Verbesserung.

1.3. Ursachen eines unzureichenden Versorgungszugangs

1.3.1. Versorgungszugang zu Behandlung (Behandlungslücke)

Nach einem Report der Europäischen Union und vielen anderen Untersuchungen existieren im Wesentlichen folgende Ursachen für einen unzureichenden Versorgungszugang zu Behandlung (Barbato et al. 2016):

1. Unzureichende Strukturen des Versorgungssystems bzgl.

- a) Kapazität (in allen Sektoren)
- b) Organisation (u.a. aufsuchende und nachgehende Strukturen auch in Früherkennung, Überweisungssysteme)
- c) Physische Erreichbarkeit (u.a. geographische Lage, Öffnungszeiten, Wartezeiten)
- d) Finanzierung (direkte und indirekte Kosten)

2. Unzureichendes Wissen und Akzeptanz in der Bevölkerung bzgl.

- a) Wissen und Einstellungen zu psychischen Erkrankungen
- b) Wissen zu effektiver Behandlung
- c) Stigma

1.3.2. Versorgungszugang zu effektiver Behandlung (Qualitätslücke)

Für den Versorgungszugang zu effektiver (evidenzbasierter) Behandlung wurden folgende Ursachen gefunden (Barbato et al. 2016):

1. Unzureichende Strukturen des Versorgungssystems bzgl.

- a) Kapazität (v.a. im ambulanten Bereich)
- b) Umsetzung evidenzbasierter Versorgungsmodelle als Basis effektiver Versorgung
- c) Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Koordination
- d) Diagnostik als Basis effektiver Versorgung
- e) Wissen bei Mitarbeitern der Gesundheitsversorgung

1.4. Konsequenzen

Ein unzureichender Versorgungszugang zu Behandlung im Allgemeinen und vor allem zu effektiver (evidenzbasierter) Behandlung haben zahlreiche Konsequenzen für die Betroffenen und ihre Angehörigen ebenso wie für die Gesellschaft.

Die wesentlichste primäre Konsequenz ist eine Behandlungsverzögerung, d.h. eine lange Dauer in der eine psychische Erkrankung nicht oder nicht effektiv behandelt wird. Wichtig anzumerken ist, dass die Behandlungsverzögerung erst endet, wenn eine effektive Behandlung begonnen wird.

In der Früherkennungsforschung für Psychosen wurde für die Behandlungsverzögerung der Begriff Dauer der unbehandelten Psychose geprägt (engl. ‚Duration of Untreated Psychosis‘, DUP; Penttilä et al. 2014). Bei anderen psychischen Erkrankungen wird diese Phase als Dauer der unbehandelten Erkrankung bezeichnet (engl. ‚Duration of Untreated Illness‘, DUI; Lambert et al. 2013, Ghio et al. 2014, Altamura et al. 2015).

Die Dauer der unbehandelten Erkrankung wurde bei zahlreichen Störungsbildern untersucht (Wang

et al. 2005; siehe Abbildung 3). Schon zwischen Erkrankungsmanifestation und Erstkontakt vergehen je nach Störungsbild Zeitspannen zwischen 2 bis 15 Jahren. Dabei variiert die Dauer der unbehandelten Erkrankung stark bei verschiedenen Erkrankungen, reicht aber von 2 Jahren bei Essstörungen (Anorexia nervosa) bis zu 15 Jahren bei Angststörungen; im Durchschnitt liegt sie bei 6,8 Jahren). Zudem ist die Verzögerung der Behandlung in vielen Studien invers mit dem Ersterkrankungsalter assoziiert, d.h. je früher die Manifestation der Erkrankung desto länger die Behandlungsverzögerung (Christiana et al. 2000, Wang et al. 2005).

In den letzten Jahren wurden in den Versorgungssektoren des UKE zahlreiche Untersuchungen zur Behandlungsverzögerung bei verschiedenen psychischen Erkrankungen durchgeführt. Bzgl. Psychosen wurde die Behandlungsverzögerung bei 120 Jugendlichen und jungen Erwachsenen untersucht (Sarikaya et al. 2015). Die durchschnittliche Dauer der unbehandelten Psychose betrug im Median über 57 Wochen. Es erfolgten über 21 Kontakte zum Hilfesystem bevor die Psychose richtig diagnostiziert wurde und 31 Kontakte vor dem Beginn der ersten evidenzbasierten, kombiniert medikamentösen und psychosozialen

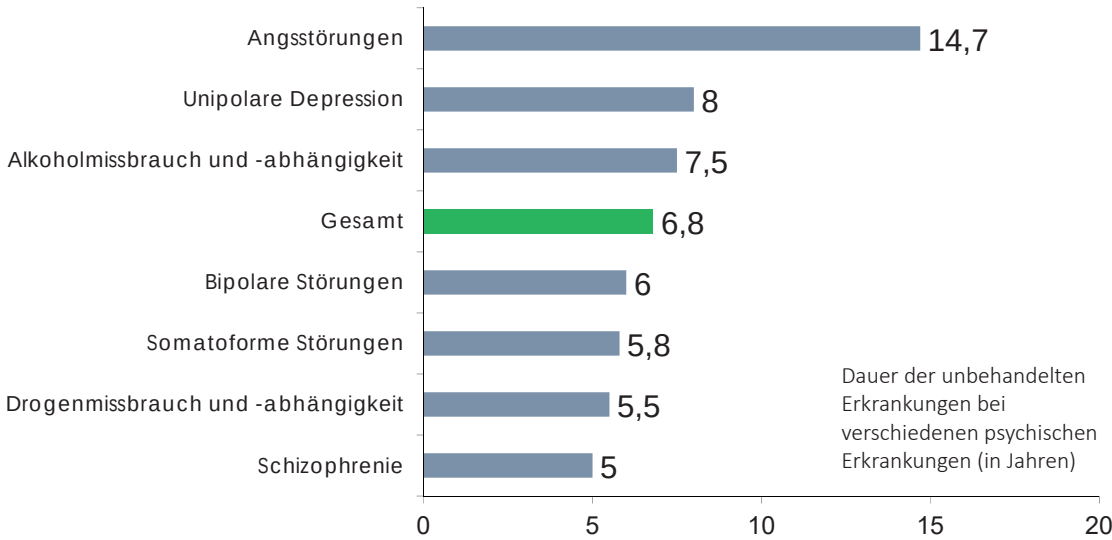


Abb. 3 Dauer der unbehandelten Erkrankung bei verschiedenen psychischen Erkrankungen (nach Wang et al. 2005)



## Problemstellung

Behandlung. Bzgl. Essstörungen (Anorexia nervosa) zeigte eine Untersuchung bei 2001 Probanden im jugendlichen Alter eine Behandlungsverzögerung von 3 Jahren und damit deutlich länger als der internationale Durchschnitt von 1,8 Jahren (Weigel et al. 2015).

Wie aus zahlreichen Studien bekannt, geht eine Behandlungsverzögerung mit einer Vielzahl von negativen Konsequenzen für den Verlauf und die Prognose der psychischen Störung einher. Dies gilt nicht nur für die schon gut evaluierten psychotischen Störungen (Penttilä et al. 2014, Altamura et al. 2015), sondern auch für viele andere psychische Erkrankungen (Ghio et al. 2014).

In einem Review von Lambert et al. (2013) wurden alle zwischen 2000 und 2012 publizierten Studien zum Zusammenhang zwischen Dauer der unbehandelten Erkrankung und Verlauf bei verschiedenen psychischen Erkrankungen zusammengefasst. Es wurden 44 Studien publiziert, in die etwa 16.000 Patienten eingeschlossen wurden. Diese wurden über einen durchschnittlichen Zeitraum von 4,9 Jahren (Range: 8 Wochen – 25 Jahre) nachbeobachtet. Die Konsequenzen aus einer langen DUI betreffen krankheitsunabhängig drei Bereiche:

- 1) Konsequenzen vor Erstbehandlung (v.a.): Abfall des Funktionsniveaus (z.B. kein Schulabschluss, Verlust von Arbeit oder Ausbildung, Verlust des sozialen Netzwerks), Entwicklung komorbider Störungen, Delinquenz, gehäufte Suizidversuche
- 2) Status bei Erstkontakt (v.a.): Höherer Schweregrad der Psychopathologie, höheres Risiko der Eigen- oder Fremdgefährdung, niedrigeres Funktionsniveau, niedrigere Lebensqualität
- 3) Verlauf der Erkrankung (v.a.): Höherer Schweregrad der multidimensionalen Psychopathologie, niedrigeres Funktionsniveau (z.B. niedrigere Arbeits- oder Ausbildungsrate), niedrigere Lebensqualität, niedrigere Remissionswahrscheinlichkeit, gehäufte Rück-

fälle, gehäufte Suizidversuche und Suizide, höhere Behandlungskosten, höhere gesellschaftliche Folgekosten

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die Reduktion der Behandlungsverzögerung krankheitsübergreifend von wesentlicher Bedeutung für die Verbesserung der Prognose ist.

## Verbesserung des Versorgungszugangs in RECOVER



### 2. Verbesserung des Versorgungszugangs in RECOVER

In Abbildung 4 ist das RECOVER-Modell zu sehen. Innerhalb des Modells sind verschiedene Maßnahmen enthalten um die Versorgungs- und Qualitätslücke zu schließen. Diese werden nachfolgend erläutert.

#### 2.1. Versorgungszugang zu Behandlung

RECOVER wird im Bereich des Versorgungssystems folgende Maßnahmen zur Verbesserung des Versorgungszugangs zur Behandlung umsetzen:

- (1) Implementierung von aufsuchenden und nachgehenden Versorgungsstrukturen (Crisis Resolution Team; CRT; Lambert und Kraft, 2017a). Diese können von Betroffenen, Angehörigen und Mitarbeitern des Gesundheitssystems in Anspruch genommen werden und stehen auch Personen zur Verfügung, die noch keinen Kontakt zum Versorgungssystem haben. CRTs haben kurze Reaktionszeiten, bieten auch aufsuchende Früherkennung und betreuen Hilfesuchende so lange bis eine spezifische Behandlung initiiert ist.



Abb. 4 Das RECOVER-Versorgungsmodell

Verbesserung des Versorgungszugangs in RECOVER

(2)RECOVER wird die physische Erreichbarkeit durch längere Öffnungszeiten des Diagnostikzentrums, 24h-stündige Erreichbarkeit des Crisis Resolution Teams, Verkürzung von Wartezeiten bzgl. des Erstkontakttermins im Diagnostikzentrum und Vorhalten von Psychotherapieplätzen verbessern.

2.2. Versorgungszugang zu effektiver Behandlung

Bzgl. des Versorgungszugangs zu effektiver (evidenzbasierter) Behandlung wird RECOVER folgende Maßnahmen umsetzen:

1) Ergänzung des Versorgungssystems um folgende evidenzbasierte Versorgungsstrukturen

- a) Crisis Resolution Team (CRT; Lambert und Kraft 2017a)  
Stationsäquivalente Behandlung zur Überbrückung von Krisen, Notfallintervention und Diagnostik zur Indikationsstellung (in der Regel aufsuchend) sind die Kernbestandteile des multiprofessionellen Crisis Resolution Teams. Es steht allen Hilfesuchenden rund um die Uhr zur Verfügung, behandelt selbst oder leitet eine effektive Behandlung ein.
- b) Assertive Community Treatment Team (ACT; Lambert und Kraft 2017b)  
Assertive Community Treatment wird derzeit unter dem Namen Integrierte Versorgung für schwer erkrankte Psychose- und Borderline-Patienten angeboten. Wie der Name bereits impliziert, werden alle Behandlungsbausteine (psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, Sozialberatung, Gruppentherapie) aus einer Hand und nach Möglichkeit aufsuchend beim Patienten Zuhause angeboten. Zusätzlich besteht eine telefonische Erreichbarkeit für Notfallkontakte. Dieses Konzept ermöglicht eine Behandlungskontinuität, die auch bei stationärer Behandlung nicht abreißt.
- c) Case Management  
Bei Patienten, welche zu Beginn der Behandlung oder nach einer akuten Krise nicht mehr

vorwiegend ärztlich oder psychologisch von den RECOVER-Mitarbeitern behandelt werden, kommt das Case Management zum Tragen. Das Case Management stellt sicher, dass der Patient in der weiterführenden Behandlung ankommt und hilft bei evtl. auftretenden Schwierigkeiten (auch Formalitäten). Fortwährend wird evaluiert, ob der zunächst festgelegte Behandlungsplan adaptiert werden muss.

- d) E-Therapie  
Vor allem leicht erkrankten Patienten soll ein online-Therapieangebot Soforthilfe bieten. Sollte nach Abschluss der E-Therapie weiterer Bedarf bestehen, können weitere Angebote (z.B. Psychotherapie) in Anspruch genommen werden.
- 2) Standardisierte und umfassende psychiatrische, psychologische, soziale und somatische Erstdiagnostik (gemäß den aktuellen Leitlinien) für alle „neuen“ Betroffenen im interdisziplinären Diagnostikzentrum. Dies ist eine wichtige Etappe der evidenzbasierten Behandlung, denn nur mit einer gesicherten Diagnose und Einschätzung des Funktionsniveaus sowie weiterer Problembereiche kann eine effektive Behandlung geplant werden.
- 3) Erstellung von insgesamt 12 Manualen zu allen Versorgungskomponenten des RECOVER-Modells inklusive
  - Manual 1 Integrierte Versorgung (Managed Care)
  - Manual 2 Verbesserung des Versorgungszugangs
  - Manual 3 Diagnostik & Indikationsstellung
  - Manual 4 Crisis Resolution Team (CRT)
  - Manual 5 Integration hausärztliche Versorgung
  - Manual 6 E-Mental-Health (eRECOVER)
  - Manual 7 Psychotherapie
  - Manual 8 Case Management
  - Manual 9a Integrierte Versorgung Psychose (TACT)
  - Manual 9b Integrierte Versorgung Borderline
  - Manual 10 Peer Genesungsbegleitung

Manual 11 Supported Employment  
Manual 12 Kultur- und sprachensible Versorgung

- 4) Umfassende Fortbildungsmaßnahmen für alle Netzwerkpartner, u.a. durch die 12 Manuale, aber auch Weiterbildungen und trialogische Fortbildungen.
- 5) Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach dem Vorbild der Integrierten Versorgung Hamburger Modell (Lambert et al. 2015; Lambert et al. 2017a).

In Abbildung 5 sind die Versorgungsstrukturen und -zugänge schematisch dargestellt. Prinzipiell können alle Behandlungsformen (Notaufnahme, ambulante Behandlung, teil-/stationäre Behandlung) direkt von Patienten oder Angehörigen aufgesucht werden. In der Regel sollten die Patienten aber vor dem Beginn einer Behandlung dem CRT oder im Diagnostikzentrum vorgestellt werden um die Planung einer effektiven Behandlung zu gewährleisten.

Dem CRT kommt besondere Bedeutung zu, da es an allen Übergängen tätig werden kann und sollte. So kann der Erstkontakt direkt mit dem CRT stattfinden. Nach Prüfung der Aufnahmekriterien kann das CRT dann direkt eine Krisenbegleitung (inkl. Hausbesuchen) einleiten und ggfs. die weitere Behandlung (stationäre Aufnahme, ambulante Psychotherapie, ACT etc.) planen. Es wird stets geprüft, ob eine ambulante Begleitung durch das CRT ausreicht und eine stationäre Behandlung somit abgewendet werden kann. Sollte ein Patient bereits in (teil-)stationärer Behandlung sein, soll geprüft werden, ob eine frühzeitige Entlassung durch eine engmaschige Betreuung des CRT ermöglicht werden kann. Im Folgenden sollen einige Fallbeispiele die Versorgungswege verdeutlichen.

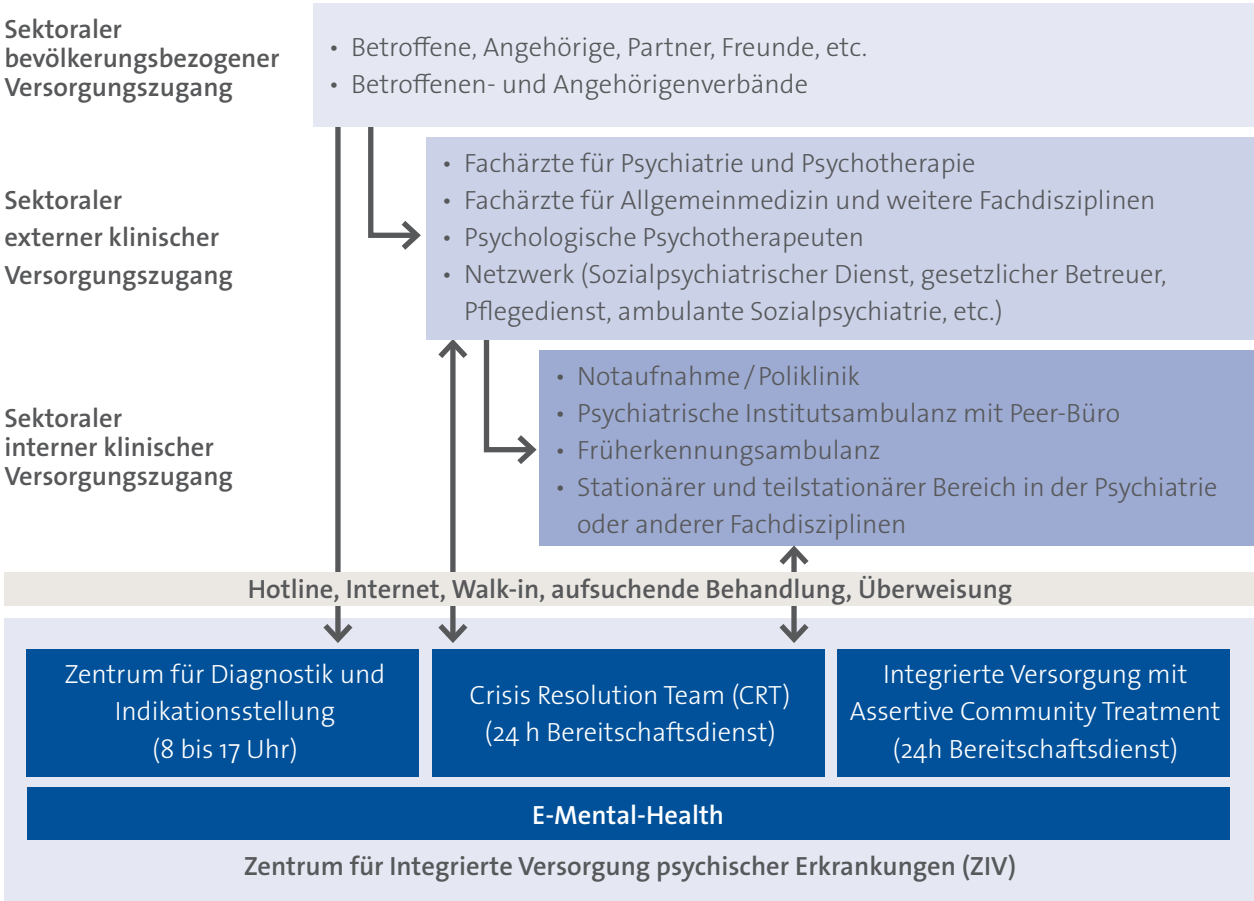


Abb. 5 Versorgungsstrukturen und -zugänge



## Fallbeispiele



### 3.1. Fallbeispiel Frau S.

Frau S. stellt sich mit mehreren selbst zugefügten tiefen Schnitt- und Brandwunden in der Notaufnahme vor. Nachdem die Wunden chirurgisch versorgt wurden, wird die psychiatrische Dienstärztin hinzugezogen um eine psychopathologische Einschätzung vorzunehmen. Bei der Patientin besteht eine langjährig vordiagnostizierte emotional-instabile Persönlichkeitsstörung mit mehrfachen stationären Aufenthalten in der Vorgeschichte. Sie ist seit einem dreiviertel Jahr vom Hausarzt krankgeschrieben. Die Patientin ist nicht akut suizidal aber in einer akuten psychischen Krise und verfügt über kein ambulantes Hilfesystem. Die Dienstärztin stellt den Kontakt zum CRT her und es wird ein Termin für den nächsten Tag vereinbart. Bei diesem Termin wird der weitere Hilfebedarf anhand der Schwere der Erkrankung und des aktuellen Funktionsniveaus evaluiert. Die Patientin leidet unter einer schwerstgeradigen psychischen Störung und verfügt über ein niedriges Funktionsniveau, weshalb sie nach Behandlung der akuten psychischen Krise durch das CRT in die Integrierte Versorgung Borderline überführt wird.

### 3.2. Fallbeispiel Herr M.

Herr M. stellt sich in der Poliklinik vor. Er habe einen sehr stressigen Job und seine Stimmung leide zunehmend darunter. Er habe Angst seinen Job zu

verlieren. Der Patient wird direkt an das CRT weitergeleitet. In der weiteren Exploration und Diagnostik (psychologische Interviews, Fragebögen und Blutbild) bestätigt sich der Verdacht einer leichten depressiven Episode. Bei einer leichten psychischen Erkrankung und einem hohen Funktionsniveau wird dem Patienten zunächst ein Zugang zur E-Therapie erteilt. Begleitend finden bedarfsgerecht supportive Gespräche statt und es erfolgt eine Beratung durch das Supported Employment Team zur Entlastung der Arbeitssituation.

### 3.3. Fallbeispiel Frau L.

Frau L. befindet sich aufgrund einer akuten Manie seit zwei Wochen auf der geschützten Station in psychiatrischer Behandlung und ist nach §12 HambPsychKG untergebracht. Nach Besserung der Psychopathologie und Aufhebung des Paragraphen sowie Entlassungswunsch der Patientin nimmt der Stationsarzt Kontakt zum CRT auf, um eine direkte Überleitung in die ambulante Behandlung zu planen. Bei weiterhin bestehenden manischen Symptomen aber fehlender Eigen- und Fremdgefährdung erfolgen initial tägliche Kontakte inklusive Hausbesuche und Anpassung der Medikation durch das CRT. Gleichzeitig erfolgt umgehend die Kontaktaufnahme zur ambulant behandelnden Psychiaterin und dem weiteren Versorgungsnetzwerk. Das Supported Employment Team unterstützt die

Patientin dabei ihre Arbeit in wenigen Wochen im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung wieder aufnehmen zu können. Bei Bestehen einer schweren psychischen Erkrankung und einem mittleren Funktionsniveau erfolgt die Entlassung in das vorbestehende ambulante Behandlungssystem.

### 3.4. Fallbeispiel Herr P.

Herr P. stellt sich in der Sprechstunde der niedergelassenen Psychiaterin vor. Er leide seit vielen Jahren an einer Zwangsstörung. Inzwischen hätten die Zwangshandlungen wieder derart zugenommen, dass er bereits seine Arbeitszeit reduziert habe um den Alltag überhaupt noch bewältigen zu können. Die niedergelassene Kollegin schlägt dem Patienten eine Behandlung in RECOVER vor. Der Patient willigt ein und es erfolgt eine ausführliche psychiatrische Diagnostik und somatische Ausschlussdiagnostik durch das CRT. Der Patient leidet unter einer mittelschweren psychischen Erkrankung bei mittlerem Funktionsniveau, sodass ihm kurzfristig eine Langzeitpsychotherapie an einem Ausbildungsinstitut vermittelt werden. Zusätzlich leitet das Case Management Maßnahmen der Eingliederungshilfe ein und vermittelt bei Gesprächen mit dem Arbeitgeber.

## Literatur

Angermeyer MC, Bernert S, et al.; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):47–54.

Altamura AC, Buoli M, Caldiroli A, et al. Misdiagnosis, duration of untreated illness (DUI) and outcome in bipolar patients with psychotic symptoms: A naturalistic study. *J Affect Disord.* 2015; 182: 70–5.

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).

Burgess PM, Pirkis JE, Slade TN, et al. Service use for mental health problems: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aus New Zealand J Psychiatry* 2009; 43: 615–623.

Christiana JM, Gilman SE, Guardino M, et al. Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychol Med* 2000; 30: 693–703.

DiNapoli EA, Cully JA, Wayde E, et al. Age as a predictive factor of mental health service use among adults with depression and/or anxiety disorder receiving care through the Veterans Health Administration. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016; 31: 575–82.

Ghio L, Gotelli S, Marcenaro M, et al. Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and metaanalysis. *J Affect Disord.* 2014; 152-154: 45–51.

Harris MG, Hobbs MJ, Burgess PM, et al. Frequency and quality of mental health treatment for affective and anxiety disorders among Australian adults. *Med J Australia* 2015; 202: 185–190.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 593–602.

Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mentalhealth care. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82: 858–866.

Lambert M, Bock T, Naber D, et al. Mental Health of Children, Adolescents and Young Adults - Part 1: Prevalence, Illness Persistence, Adversities, Service use, Treatment Delay and Consequences. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2013; 81: 614–27.

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

Lambert M, Karow A, Deister A, et al. RECOVER: Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregrad-gestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen. In: Innovationsfonds – Impulse für das deutsche Gesundheitssystem, Publisher: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Herausgeber: Amelung V E, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Lägel R, Ozegowski S, Schlenker R-U, Sjuts R, pp.252–265, 2017a.

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.

López-Lara E, Garrido-Cumbrera M, Díaz-Cuevas MP (2012). Improving territorial accessibility of mental health services: The case of Spain. *European Journal of Psychiatry* 26, 227–235.

Lundin A, Forsell Y, Dalman C. Mental health service use, depression, panic disorder and life events among Swedish young adults in 2000 and 2010: a repeated cross-sectional population study in Stockholm County, Sweden. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017; 3: 1–9.

Organization for Economic Cooperation 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.

Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, et al. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2014; 205: 88–94.

Sarikaya G, Sengutta M, Wittmann L, et al. Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) und Wege in die Behandlung (Pathway-to-Care) bei Patienten in der frühen Entwicklungsphase einer psychotischen Störung (PTC-Studie). DGPPN-Kongress 2015, P-05-009.

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

Wang PS, Berglund P, Olfson M, et al. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 603–613.

Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007; 370: 841–50.

Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi AO, et al. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In Thornicroft G, Szmulker K, Mueser RE, Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp.50–66). New York: Oxford University Press.

Weigel A, Gumz A, Kästner D, et al. Prevention and Treatment of Eating Disorders: The Health Care Network Anorexia and Bulimia nervosa. *Psychiatr Prax.* 2015; 42 Suppl 1: 30–4.

WHO. Mental health atlas 2005. Geneva: World Health Organization, 2005.

Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 357–76.