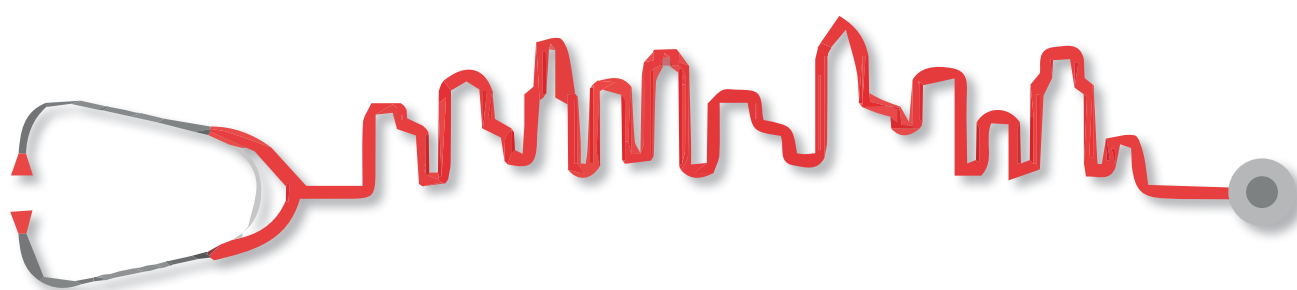




Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie



RECOVER: Manual 3

Diagnostik & Indikationsstellung

Diagnostik und Indikationsstellung in RECOVER

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gefördert durch



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Impressum

Dieses Manual wurde im Original auf Deutsch veröffentlicht von Prof. Dr. Anne Karow, Prof. Dr. Jürgen Gallinat, Prof. Dr. Martin Lambert, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel.: +49 (0) 40 7410 - 57728 | Mail: karow@uke.de

Autor:innen:

Dr. Lisa Tlach
Dr. Angela Scherwath
Dipl.-Psych. Ulrike Peter
Christin Wills, MMH
Romy Schröter, M.Sc.
Dr. Anna-Katharina Siem
Dr. Constanze Finter
Dr. Daniel Lüdecke
Prof. Dr. Anne Karow

Layout: Sabine Wuttke (UKE)

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

Copyright / Urheberrechtsbelehrung

© Dr. Lisa Tlach, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf © 2021

Inhalte, Materialien, gestalterische Konzeption des Manuals unterliegen – sofern nicht anders gekennzeichnet – dem Copyright des RECOVER Konsortiums vertreten durch Dr. Lisa Tlach, 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 Dr. Lisa Tlach, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ausdrücklich untersagt.

Abkürzungsverzeichnis

ACT	– Assertive Community Treatment
AID	– Ambulanz für Diagnostik und Indikationsstellung
AMDP	– System zur standardisierten Erfassung und Dokumentation eines psychopathologischen Befundes
ASP	– Ambulante Sozialpsychiatrie
ASRM	– Altman Self-Rating Mania Scale
ASRS	– Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Check-list
BSL-23	– Borderline-Symptom-Liste - Kurzversion
CAN	– Camberwell Assessment of Need
CARE	– Crisis and Resolution Team
CGI-S	– Clinical Global Impressions Severity-Scale
cMRT	– craniale Magnetresonanztomographie
CRT	– Crisis Resolution Team
CSQ-8	– Client Satisfaction Questionnaire
DSM-IV	– Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 4. Auflage
DSM-5	– Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 5. Auflage
EBA	– Evidenz-basiertes Assessment
EDE-Q	– Eating Disorder Examination-Questionnaire
EEG	– Elektroenzephalografie
EKG	– Elektrokardiogramm
FEPS	– Früherkennungsambulanz
GAD-7	– Generalized Anxiety Disorder Screener
GAF	– Global Assessment of Functioning-Scale
gB	– gesetzliche Betreuung
ICD-10-GM	– Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ISR	– ICD-10-Symptom-Ratings
Mini-DIPS	– Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen
MVZ	– Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	– Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PAS	– Panik- und Agoraphobie-Skala
PCL-5	– Post traumatic stress disorder Checklist for DSM-5
PQ-16	– Prodromal Questionnaire
PHQ-9	– Patient Health Questionnaire – Modul Depression
PHQ-15	– Patient Health Questionnaire – Modul Somatisierung
PIA	– Psychiatrische Institutsambulanz
PREDI	– Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik
PSH-7	– Screening-Fragebogen zum Psychosozialen Hilfebedarf
SF-12	– Short-Form Health Survey
SKID-I	– Strukturiertes Klinisches Interview für DSM–IV: Achse I
SKID-II	– Strukturiertes Klinisches Interview für DSM–IV: Achse II
SpD	– Sozialpsychiatrischer Dienst
SPIN	– Soziale-Phobie-Inventar
TACT	– Therapeutisches Assertive Community Treatment
TK	– Tagesklinik
UKE	– Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Y-BOCS	– Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
WHO	– World Health Organisation
ZUF-8	– Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Sehr geehrte
Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Interessierte,

Das vorliegende Manual „Diagnostik und Indikationsstellung“ beinhaltet zwei wesentliche Aspekte:

- (1) Eine Beschreibung der Diagnostik, Indikationsstellung und Versorgungsprozesse in der RECOVER-Studie, inkl. Beschreibung und Testgütekriterien der verwendeten Messinstrumente
- (2) Ein Praxisleitfaden für die multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik und Indikationsstellung in der adaptierten Crisis Resolution Team Arbeit

Das Manual soll dazu beitragen eine systematische und multiprofessionelle Diagnostik und Indikationsstellung auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz in ein schweregrad-gestuftes Behandlungsmodell mit Akutbehandlung im häuslichen Umfeld nach dem Modell des Crisis Resolution Teams (CRT) zu integrieren und damit ein Maximum an Effektivität und Effizienz bei guter Behandlungsqualität und Patientenorientierung zu erzeugen.

Wir hoffen mit diesem Manual eine Hilfestellung geben zu können, um das deutsche Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Familien patientenorientierter, evidenzbasierter und effizienter zu gestalten.

Die Autor:innen



Inhalt

Impressum	2
Abkürzungsverzeichnis	3
Vorwort	4
1. Kapitel: Einführung	8
2. Kapitel: RECOVER-Studie: Diagnostik und Indikationsstellung im RECOVER-Versorgungsmodell	11
2.1 Versorgungszugang und -abläufe	12
2.1.1 Screening und Aufnahme	12
2.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien	13
2.2 Diagnostik	13
2.2.1 Standardisierte Diagnostik (Studiendiagnostik)	13
2.2.2 Schweregradeinstufung und Randomisierung	15
2.2.3 Psychiatrischer Erstkontakt	16
2.2.4 Hausärztliche Untersuchung	16
2.3 Indikation und Behandlungsplanung	17
2.3.1 Indikationsboard	17
2.3.2 Behandlungsplanung	19
2.3.3 Psychotherapeutische Sprechstunde in RECOVER	19
2.3.4 Adaptiertes Screeningverfahren der RECOVER eDiagnostik	20
2.4 Verlaufsreview	22

3. Kapitel: RECOVER in der Praxis: Multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik und Indikationsstellung in der adaptierten Crisis Resolution Team Arbeit	23
3.1 Versorgungszugang und -abläufe	24
3.1.1 Screening und Aufnahme	24
3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien	25
3.2 Multimodale und Interdisziplinäre Diagnostik	25
3.2.1 Basisdiagnostik	25
3.2.2 Zusatzdiagnostik	27
3.3 Indikation und Behandlungsplanung	28
3.3.1 Diagnose und Indikationsstellung	28
3.3.2 Behandlungsplanung	28
3.4 Verlaufsreview	29

Literatur	30
-----------	----

Abbildungsverzeichnis	34
-----------------------	----

Einführung



Die Diagnostik psychischer Störungen erfolgt anhand symptomatischer und syndromaler Beschreibungen von Krankheitsbildern unter Berücksichtigung der dazugehörigen Symptom- und Zeitkriterien. Als Klassifikationssysteme stehen die deutsche Fassung des 5. Kapitels der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen¹ (ICD-10-GM) der World Health Organisation (WHO) und die 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen² (DSM-5) der American Psychiatric Association zur Verfügung.

Die heute gängigen Klassifikationssysteme zur Diagnostik psychischer Störungen bauen weitgehend auf dem traditionellen nosologischen und kategorialen Ansatz auf und verzichten auf explizite Theorien einer Ätiopathogenese.³ Die meisten auf erfahrungswissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauenden diagnostischen Kategorien sind Sammelbegriffe für bestimmte Symptomkombinationen, die bei Patient:innen über einen definierten Zeitraum hinweg vorhanden sind.⁴

Grundlage für die diagnostische Einordnung bilden in der Regel die psychiatrische Anamnese, der psychopathologische Befund, die psychiatrische Vorgeschichte und Informationen aus der soziobiographischen und somatischen Anamnese, die eigenanamnestisch oder fremdanamnestisch erhoben werden. Im Querschnittsbild gehäuft gemeinsam auftretende Symptome werden zu Syndromen

zusammengefasst und es erfolgt eine Zuordnung von Symptomen und Syndromen zu nosologischen Einheiten. Die Kategorien für die einzelnen Störungen werden als klar abgrenzbar angesehen und stimmen bei beiden Diagnosesystemen weitgehend überein, wodurch eine Umkodierung von Diagnosen zwischen den Systemen möglich wird.^{2,4}

Im Gegensatz zur traditionellen Diagnostik ist es heute üblich bei Bedarf Mehrfachdiagnosen zu stellen. Hierdurch soll eine situationsadäquate Beschreibung der Symptomatik erreicht werden. Werden bei Patient:innen sowohl im Querschnitt (simultane Komorbidität) als auch im Längsschnitt (sukzessive Komorbidität) mehrere Diagnosen vergeben, handelt es sich weniger um eine Komorbidität, sondern vielmehr um eine Kosyndromalität, so dass auch von polysyndromaler Diagnostik gesprochen wird.⁵ Die gestellten Diagnosen sind als Hypothese anzusehen, die im weiteren Verlauf einer ständigen Überprüfung bedarf. Der direkte ärztliche Kontakt mit Patient:innen stellt das Kernstück einer psychiatrischen Untersuchung dar und ist für die Diagnosestellung unerlässlich. Gleichzeitig dient es dem Aufbau eines therapeutischen Vertrauensverhältnisses, da eine Vertrauensbasis für die weitere Behandlung gewährleistet sein muss.

Die richtige Diagnose ist die entscheidende Voraussetzung für eine adäquate Behandlung. Die in der Praxis jedoch häufig fehlerhafte oder unzureichende

(Erst-)Diagnostik psychischer Störungen bildet ein strukturelles Problem von erheblicher Relevanz für die Betroffenen und das Versorgungssystem.⁶ Die wenigen Studien zur Validität psychiatrischer Diagnosen, z.B. in der hausärztlichen Versorgung, zeigen, dass es häufig zu Fehl- oder unzureichend differenzierten Diagnosen kommt.⁷ Dies ist insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mit komplexem Versorgungsbedarf ein Problem, da bei diesen, neben der psychischen Hauptstörung, gehäuft psychische und somatische komorbide Störungen sowie soziale Unterstützungsbedarfsdiagnosen (Z-Diagnosen) bestehen.⁸ Die Konsequenzen sind u.a. Fehlsteuerung, Behandlungsverzögerung, Erkrankungsprogression und Kostensteigerung.⁹

Ein evidenz-basiertes Assessment (EBA) kann die Validität und Genauigkeit von Diagnosen verbessern, was eine wichtige Voraussetzung für eine wirksame und kosteneffiziente Behandlung im Sinne einer störungsspezifischen und evidenzbasierten Behandlung psychischer Störungen darstellt.¹⁰ Die Implementierung von evidenz-basierter (digitaler) Diagnostik wird von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) als wesentlicher Handlungsbedarf im deutschen Gesundheitswesen definiert.¹¹ Entsprechend ist im Rahmen des RECOVER-Versorgungsmodells, neben einer gestuften und sektorenübergreifend-integrierten (koordinierten) Versorgung inklusive einer Akutversorgung im häuslichen Umfeld, die Verbesserung von Diagnostik und Indikationsstellung ein wichtiges Ziel.

In der gestuften Behandlung (engl. stepped-care) psychischer Störungen richten sich die Behandlungsstufen nach der Schwere der Erkrankung.¹⁰ Dementsprechend baut die Indikationsstellung und Behandlungsplanung in RECOVER auf einem evidenzbasierten Diagnostikansatz auf. Neben einer validen Diagnose nimmt hier die Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung sowie der Alltagsfunktionsfähigkeit einen hohen Stellenwert ein.

Eine Einschränkung der Diagnoseklassifikationssysteme ist, dass sie psychische Störungen vorwiegend über die individuelle Symptomatik und Diagnose definieren. Nur für wenige Störungsbilder (u.a. Depression) liegt dabei eine Definition für die Schweregradeinteilung vor. Die Konzeptualisierung der Schweregradmessung bei Depressionen basiert in der Regel auf der Anzahl und Intensität der Sym-

ptome, während beispielsweise bei der Konzeptualisierung der Pathologie und der Schwere von Persönlichkeitsstörungen der Einfluss der Psychopathologie auf die Funktionsfähigkeit von größerer Relevanz scheint. Jedoch wird in der im deutschen Versorgungssystem gültigen ICD-10-Klassifikation der aktuelle Status der Funktionsfähigkeit von Patient:innen kaum berücksichtigt, obwohl dieser abhängig von der Erkrankung oft bedeutsamer für die Behandlung selbst ist, auch um die Schwere der Gesundheitsbeeinträchtigung einzuschätzen.¹²

Die Schwere einer psychischen Störung kann auf Basis einer Kombination aus Schwere der Symptomatik und Beeinträchtigung des Funktionsniveaus eingeschätzt werden. Es existieren valide und reliable indikationsspezifische Selbst- und Fremdratingverfahren zur diagnosespezifischen Schweregradbestimmung (siehe auch Kapitel 2.2.1), die einem dimensionalen Ansatz folgen. Jedoch zeigt sich bei diesen Verfahren, neben den psychometrischen Schwächen der Instrumente aufgrund der hohen Variabilität der Symptomatik (z.B. Tageszeit-schwankungen), eine Messungenauigkeit. Demgegenüber gibt es diagnoseübergreifende Verfahren zur Einschätzung der Krankheitsschwere, die neben der Psychopathologie (Intensität und Frequenz der Symptome, Suizidalität, psychotische Symptome), Aspekte der Alltagsfunktionsfähigkeit berücksichtigen (siehe auch 2.2.2). Die Schwäche dieser Instrumente besteht darin, dass mit einem einzelnen Rating mehrere Konstrukte erfasst werden, was die Reliabilität vermindert und ein hohes Maß an klinischer Erfahrung voraussetzt.¹²

Die Verbesserung von Diagnostik und Indikationsstellung als zentraler Baustein im RECOVER-Versorgungsmodell wird über die Implementierung eines Diagnostik- und Krisenteams umgesetzt, ein auf Krisenbehandlung spezialisiertes multiprofessionelles und interdisziplinäres Team, das eine multimodale und interdisziplinäre somatische, psychologische und soziale Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung im Sinne des gestuften und integrierten RECOVER-Versorgungsmodells, inklusive einer flexiblen Akutversorgung im häuslichen Umfeld nach dem Modell des Crisis Resolution Teams (CRT), umsetzt.^{13,14}

Im Rahmen von RECOVER erfolgt eine umfassende multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik nach dem EBA-Ansatz. Durch den Einsatz von

sowohl unterschiedlichen Datenebenen (biologisch, psychologisch, sozial), Datenerhebungsverfahren bzw. -quellen (Selbstrating, Fremdrating, Verhaltensbeobachtung, Sichtung von Vorbefunden), Untersuchungsmethoden (Anamnese, strukturierte Interviews, standardisierte Fragebogen, apparative Diagnostik) sowie der Erfassung von verschiedenen Funktionsbereichen (Psychopathologie, Funktionsfähigkeit in Familie, Gesundheitsfürsorge, Arbeit etc.) sollen psychische Erkrankungen und deren soziale und gesundheitliche Auswirkungen in ihrer Komplexität erfasst werden. Die strukturellen Abläufe und verwendeten Instrumente sollen ausreichend praktikabel und wirtschaftlich sein, bei gleichzeitig größtmöglicher Objektivität, Validität und Reliabilität.

Das vorliegende Manual „Diagnostik und Indikationsstellung“ beinhaltet zwei wesentliche Aspekte:

- (1) RECOVER-Studie: Beschreibung der Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung im RECOVER-Versorgungsmodell, inkl. Beschreibung und Testgütekriterien der verwendeten Messinstrumente.
- (2) RECOVER in der Praxis: Praxisleitfaden für die multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik und Indikationsstellung in der adaptierten Crisis Resolution Team Arbeit.

2. Kapitel

RECOVER-Studie: Diagnostik und Indikationsstellung im RECOVER-Versorgungsmodell



Die Verbesserung von Diagnostik und Indikationsstellung wird im RECOVER-Versorgungsmodell durch die Implementierung eines Diagnostikzentrums erreicht. Charakteristika sind schnelle Terminvergabe (≤ 5 Werktage, in Krisen innerhalb von 1-2 Tagen), 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. Psychotherapie. Die Verbesserung

der ambulanten Krisenintervention wird durch die Implementierung einer flexiblen Akutbehandlung im häuslichen Umfeld nach dem Modell des Crisis Resolution Teams (CRT) erreicht (entspricht der stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d)^{13,14}. Das RECOVER-Team ist ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team mit Expertise in den Fachbereichen Allgemeinpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Psychosomatik, Forensik, Migration, Pflege, Sozialarbeit und Genesungsbegleitung.



Abb. 1 Das RECOVER-Versorgungsmodell

Die Aufgaben des RECOVER-Teams, welches die Regelversorgung ergänzt, umfassen (siehe Abbildung 1):

- Diagnostik, Schweregradeinstufung, Behandlungsplanung sowie begleitete und dokumentierte Überleitung in die gestufte Behandlung (Managed Care)
- Kontinuierliche Zuständigkeit auch im Therapieverlauf bei klinischer Verschlechterung und im Not- und Krisenfall (24h telefonische Rufbereitschaft, mobiles Team während Kernarbeitszeit, sehr kurzfristige Terminvergabe oder aufsuchende Arbeit)
- Regelmäßige Re-evaluation im Verlauf und zum Ende des Behandlungszeitraums von 12 Monaten, gemeinsame Entscheidung über weitere Therapieindikationen (step-up, step-down)

Die spezifischen Teilaufgaben im RECOVER-Team umfassen:

- (1) **Ambulanz für Indikation und Diagnostik (AID):**
- Psychiatrische Anamnese
 - Hausärztliche Untersuchung
 - Diagnostik
 - Schweregradeinstufung und Indikationsstellung
 - Befundbericht
 - Koordination der ambulanten Versorgung
 - Ambulante Krisenintervention
 - Regelmäßige Follow-up-Termine

(2) **Flexible Akutbehandlung nach dem Modell des Crisis Resolution Teams (CARE):**

- siehe auch Manual 4: Crisis Resolution Team
- Fachärztlich geleitete Krisenintervention und Akutbehandlung
 - Multiprofessionell und interdisziplinär
 - Zugang über sektorale Hotline
 - Zeitlich begrenzte Akutbehandlung
 - 24h telefonische Bereitschaft

2.1 Versorgungszugang und -abläufe

2.1.1 Screening und Aufnahme

Der Versorgungszugang wird aufgrund der Studienbedingungen über das Studienbüro und ein Forschungsteam organisiert (siehe Abbildung 2). Die Kontaktaufnahme mit dem Studienbüro erfolgt durch die Patient:innen selbst oder die Behandler:innen, wobei in jedem Fall gemeinsam die Ein- und Ausschlusskriterien geprüft werden (siehe 2.1.2). Sind diese erfüllt, erfolgt ein persönliches Gespräch zur ausführlichen Studieninformation und bei Einwilligung zur Studienteilnahme werden die Patient:innen in die Studie eingeschlossen. In der Regel werden innerhalb weniger Tage Termine für das Studienassessment (siehe 2.2) vergeben. Eine detaillierte Studienbeschreibung findet sich im Studienprotokoll zur RECOVER-Studie.¹⁴

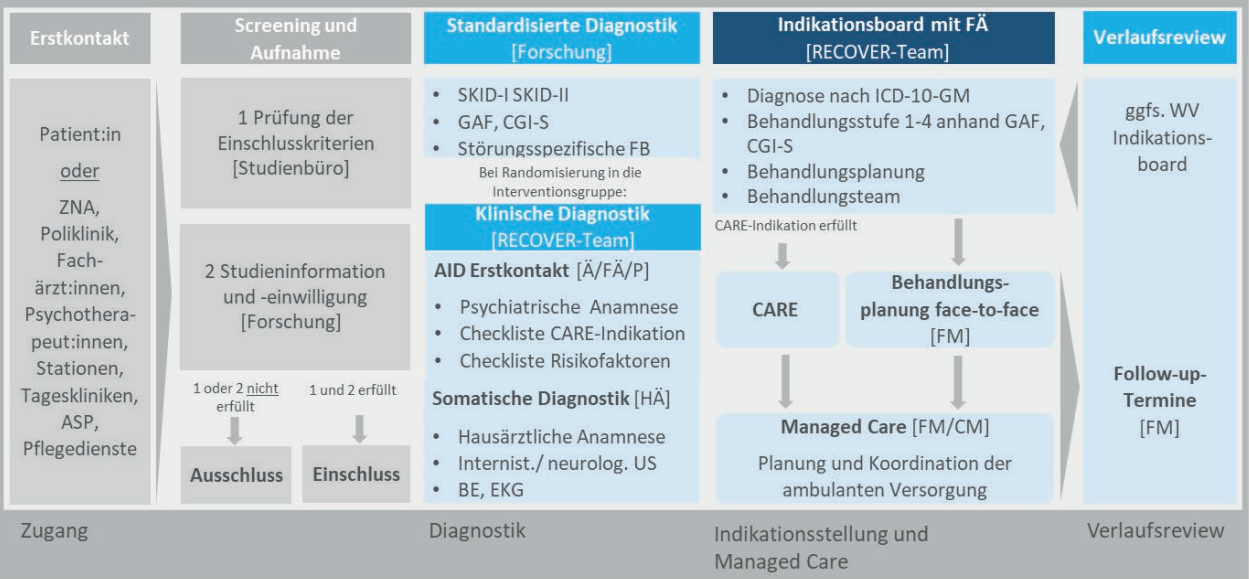


Abb. 2 Ablaufschema der Diagnostik und Indikationsstellung in der RECOVER-Studie

2.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

(1) **Einschlusskriterien**

a. **Allgemeine Einschlusskriterien**

- Krankenversichert bei: AOK Rheinland/Hamburg, Barmer, DAK, HEK, BKK (Continentale, WMF, Salzgitter, TUI, Public, RWE, Technoform, Linde, Salus, VerbundPlus, Heimat, MobilOil)
- Alter ≥ 16 Jahre zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses
- Diagnose einer psychischen Erkrankung nach ICD-10-GM
- Wohnhaft innerhalb der Versorgungsregion (Umkreis von 8,0 km vom UKE)

b. **Zusätzliche Einschlusskriterien bzgl. einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld**

- Akute Krankheitsphase einer psychischen Erkrankung

(2) **Ausschlusskriterien**

a. **Allgemeine Ausschlusskriterien**

- Unzureichende (Deutsch-)Sprachkenntnisse
- Organische Störungen, Suchtstörungen oder Autismus als Hauptdiagnose (ICD-10-GM: F00-09, F10-19, F84)
- Vordiagnostizierte mittlere oder schwere Intelligenzminderung (ICD-10: F72, F73)
- Nicht korrigierbare Hör- oder Sehbeeinträchtigungen

b. **Zusätzliche Ausschlusskriterien bzgl. einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld**

- Sofortige Sicherung notwendig bei anderweitig nicht beherrschbarer akuter Eigen- oder Fremdgefährdung und/oder Beschluss zur stationären Unterbringung
- Schwere Begleit-/Vorerkrankungen, die eine stationäre Behandlung erfordern (z.B. bösartige Tumorerkrankungen, Delir)

2.2 Diagnostik

2.2.1 Standardisierte Diagnostik (Studiendiagnostik)

Eine ausführliche Darstellung aller in der Studie verwendeten Instrumente findet sich im Studienproto-

koll.¹⁴ Für die klinische Diagnostik und Indikationsstellung durch das AID-Team werden Teilergebnisse der Studiendiagnostik zur Verfügung gestellt. Die Haupt- und Nebendiagnosen werden mit dem Strukturierten Klinischen Interview zu Achse I (SKID-I) und Achse II (SKID-II) erfasst, entsprechend den Kriterien der 4. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV).¹⁵ Ergänzend werden zur Erfassung der Schwere der Erkrankung für die diagnostizierten Störungen diagnosespezifische Fragebogen angewendet und diagnoseübergreifend das Alltagsfunktionsniveau mit der Global Assessment of Functioning-Scale (GAF)¹⁶ und die Krankheitsschwere mit der Clinical Global Impressions Severity-Scale (CGI-S)¹⁷ bestimmt.

Strukturiertes Klinisches Interview

Mit dem **SKID-I-Interview** können Diagnosen für alle wichtigen Achse-I-Syndrome gestellt werden. Das SKID ist ein internationales Standardinstrument und gilt als Goldstandard in der klinisch-psychologischen Forschung.¹⁸ Das SKID-I leitet die interviewende Person durch den gesamten diagnostischen Prozess, wobei jedem DSM-IV-Kriterium entsprechende Fragen zugeordnet sind. Alle wesentlichen DSM-IV-Diagnosen werden systematisch beurteilt.¹⁵ Dies erhöht die Vollständigkeit und Genauigkeit der Diagnosestellung. Das **SKID-II-Interview** und der vorgeschaltete Fragebogen erfassen die zehn auf Achse II des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen in einem zweistufigen Vorgehen. Für die Objektivität des Verfahrens spricht die Vorgabe des Wortlautes, sodass sich bei ausreichender Schulung eine gute Objektivität bestätigt. Auch die Validität ist im Vergleich zu einem klinischen Standard-Interview höher, was durch den engen Bezug zu den DSM-Kriterien bedingt ist. Insgesamt können die Gütekriterien als befriedigend bis gut bewertet werden.¹⁹

Störungsspezifische Fragebogen

Für alle Störungsbereiche werden Screening-Fragebogen angewendet, die auch eine Einschätzung der Schwere der Symptomatik ermöglichen. In Tabelle 1 findet sich eine Darstellung der verwendeten Instrumente mit den zugehörigen Quellen und Testgütekriterien.

Tabelle 1 Störungsbereiche und verwendete Selbstratingverfahren mit Testgütekriterien

Diagnosen nach ICD-10-GM	Unter-kategorien	Instrument	Selbst-rating	Fremd-rating	Gütekriterien
Störungen des schizophrenen Formenkreises (F20, F22, F23, F25)	Alle	Prodromal-Questionnaire ²⁰	X		ORIGINALVERSION: <u>Klinische Stichprobe</u> : ²⁰ Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .77$, Konvergente Validität: $r = .57$ (CAARMS), Sensitivität: 87%, Spezifität: 87% (CAARMS Diagnose)
	Alle	Gesundheitsfragebogen für Patienten (Patient Health Questionnaire) – Modul Depression (PHQ-9) ²¹	X		DEUTSCHE VERSION: <u>Deutsche Allgemeinbevölkerung</u> : ²² Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .87$, Konstruktvalidität: $r = .68$ (SF-12 Psychische Summenskala), $r = .48$ (SF-12 Körperliche Summenskala) ORIGINALVERSION: <u>Klinische Stichprobe</u> : ²³ Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .87$, Konvergente Validität: $r = .80$ (CES-D-10), $r = .61$ (GAD-7), $r = .65$ (SOS, psychisches Wohlbefinden), Diskriminante Validität: $r = .20$ (DPSS-R, Ekelneigung), Sensitivität: 93%, Spezifität: 52% (Cut-off ≥ 10)
		Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM) ²⁴	X		ORIGINALVERSION: <u>Klinische Stichprobe</u> : ²⁴ Retest-Reliabilität: $rtt = .86$ Validität: $r = .72$ (MRS), $r = .77$ (CARS-M) Sensitivität: 86%, Spezifität: 87%
Angststörungen (F40, F41)	Agoraphobie/ Panikstörung	Panik- und Agoraphobie-Skala (PAS) ²⁵	X		ORIGINALVERSION (DEUTSCH): <u>Klinische Stichprobe</u> : ²⁵ Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .86$ Konvergente Validität: $r = .76$ (mit globalem Patientenurteil), $r = .58$ (mit STAI)
	Generalisierte Angststörung	Gesundheitsfragebogen für Patienten – Modul Generalisierte Angststörung (GAD-7) ^{26,27}	X		DEUTSCHE VERSION: <u>Deutsche Allgemeinbevölkerung</u> : ²⁶ Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .89$ Konstruktvalidität: $r = .64$ (PHQ-2), $r = .43$ (Rosenberg-Skala), $r = .34$ (Fragen zur Lebenszufriedenheit), $r = .29$ (Resilienzskala) ORIGINALVERSION: <u>Patient:innen der Primärversorgung</u> : ²⁷ Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .92$ Retest-Reliabilität: $rICC = .83$, Konvergente Validität: $r = .72$ (BAI), $r = .74$ (SCL-90 Angstskala), Sensitivität: 89%, Spezifität: 82% (Cut-off ≥ 10)
	Soziale Phobie	Social Phobia Inventory (SPIN) ²⁸	X		DEUTSCHE VERSION: <u>Klinische Stichprobe und nicht-klinische Kontrollgruppe</u> : ²⁹ Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .95/.91$ (Gesamtstichprobe/Sozialphobiker) Konvergente Validität: $r = .80$ (SPS), $r = .88$ (SIAS) Diskriminante Validität: $r = .38$ (BDI), $r = .23$ (SCL-90-R) Sozialphobiker:innen vs. andere Störung: Sensitivität 85%, Spezifität 68% Sozialphobiker:innen vs. nicht-klinische Kontrollgruppe: Sensitivität 85%, Spezifität 88% (Cut-off ≥ 25) Retest-Reliabilität: $rtt = .80$

Diagnosen nach ICD-10-GM	Unter-kategorien	Instrument	Selbst-rating	Fremd-rating	Gütekriterien
Zwangsstörungen (F42)	Alle	Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) ³⁰	X		ORIGINALVERSION/INTERVIEWFORM ^{30,31} Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .89$ Konvergente Validität: $r = .67$ bis $.74$ Divergente Validität schwach: z.B. $r = .38$ (ambulante Zwangspatienten) vs. $r = .70$ (stationäre Zwangspatienten) mit HAMD DEUTSCHE VERSION/ INTERVIEWFORM ³² Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .80$ DEUTSCHE VERSION/ FRAGEBOGEN-FORM ³³ Gute Übereinstimmung (ICC $\geq .83$) der dt. Selbst- und Fremdbeurteilungsversionen
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	Alle	Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) ^{34,35}	X		DEUTSCHE VERSION: <u>Klinische Stichprobe</u> : ³⁶ Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .95$ Retest-Reliabilität: $rtt = .91$ Konvergente Validität: $r = .77$ (CAPS-5) Sensitivität: 86%, Spezifität: 68% (CAPS-5 Diagnose)
Somatoforme Störungen (F50)	Alle	Gesundheitsfragebogen für Patienten (Patient Health Questionnaire) – Modul Somatisierung (PHQ-15) ^{21,37}	X		DEUTSCHE VERSION: <u>Patient:innen mit somatischen Störungen</u> : ³⁸ Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .80$, Validität: $r = .61$ (WI-7), $r = .59$ (PHQ-9), $r = .54$ (SF-12 Körperliche Summenskala), $r = .51$ (GAD-7) ORIGINALVERSION: <u>Patient:innen der Primärversorgung oder Gynäkologie/Geburtshilfe</u> : ³⁹ Reliabilität (Cronbachs Alpha): $\alpha = .80$

Global Assessment of Functioning Scale

Die GAF¹⁶ dient als diagnostische Einschätzung in Form eines Expertenratings. Es handelt sich um eine Skala zum psychosozialen Funktionsniveau, unabhängig von dessen kulturellem Hintergrund. Die Skalierung wird zweifach angewendet, zur Beurteilung des gegenwärtigen Anpassungsniveaus bzw. Wohlbefindens in den letzten vier Wochen sowie zur Beurteilung des Alltagsfunktionsniveaus im letzten Jahr. Die Einschätzung erfolgt auf einer Skala von 1 bis 100. Es werden keine körperlichen Einschränkungen oder umgebungsbedingten Merkmale berücksichtigt.

Clinical Global Impressions Severity-Scale

Die Krankheitssymptomatik und -schwere werden krankheitsübergreifend mit der CGI-S¹⁷ gemessen. Die 7-stufige Skala hat eine Range von 1 (Patient:in erscheint überhaupt nicht erkrankt) bis 7 (Patient:in erscheint sehr schwer erkrankt).

2.2.2 Schweregradeinstufung und Randomisierung

Die Einstufung in die vier Schweregrade wird im RECOVER-Versorgungsmodell anhand einer Kombination aus Schwere der Erkrankung und Reduktion des Funktionsniveaus systematisiert. Die Operationalisierung der vier Schweregradstufen findet sich in Tabelle 2. Nach Abschluss der Diagnostik und Schweregradeinstufung durch die Forschung werden die Studienteilnehmenden randomisiert und in einem persönlichen Gespräch über die Ergebnisse der Diagnostik und Randomisierung aufgeklärt. Studienteilnehmende der Interventionsgruppe werden in die RECOVER-Behandlung aufgenommen und erhalten je nach Dringlichkeit noch am selben Tag, spätestens jedoch innerhalb einer Woche, Termine für ein psychiatrisches Erstgespräch durch ein ärztliches oder psychologisches Mitglied des RECOVER-Teams und eine hausärztliche Untersuchung. Studienteilnehmende der Kontrollgruppe erhalten einen schriftlichen Bericht über die Ergebnisse der Standarddiagnostik und allgemeine Informationen zum Versorgungssystem mit Anlaufstellen.

Tabelle 2 Operationalisierung der vier Schweregradstufen im RECOVER-Versorgungsmodell

Operationalisierung	Schweregradstufen im RECOVER Modell			
	1	2	3	4
	Leichter Schweregrad	Mittlerer Schweregrad	Mittlerer bis hoher Schweregrad	Schwere psychische Erkrankung
Hauptdiagnose nach DSM-IV	296.x, 300.x, 307.x, 309.x, 314.0x	296.x, 300.x, 301.x, 307.x, 309.x	296.x, 300.x, 301.22, 307.x, 309.8, 301.x	295.x, 296.4/5 (mit Psychose), 296.34, 297.1, 298.x, 301.x
Hauptdiagnose nach ICD-10-GM	F32, F40, F41, F43.2, F45, F90	F32, F40, F41, F42, F43.1, F43.2, F45, F50, F90	F20, F22, F23, F25, F31, F33, F41, F42, F43.1, F45, F50, F60, F61	F20, F22, F23, F25, F31, F32.3, F33.3, F60
Indikation nach Funktionsniveau-verlust (GAF)	GAF Wert 61-100: keine oder leichte Beeinträchtigung in den letzten 4 Wochen	GAF Wert 51-60: mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung in den letzten 4 Wochen	GAF Wert 31-50: ernste oder starke Beeinträchtigung in den letzten 4 Wochen oder	GAF Wert ≤ 50 über mindestens 6 Monate: dauerhafte ernste oder starke Beeinträchtigung
	GAF führend	GAF führend	GAF führend	oder
Indikation nach klinischem Schweregrad (CGI-S)	CGI 1-3 Nicht vorhanden bis leichter Schweregrad der psychischen Erkrankung in den letzten 4 Wochen	CGI 3-4 Leichter bis mittlerer Schweregrad der psychischen Erkrankung in den letzten 4 Wochen	CGI 4-6 Mittlerer bis hoher Schweregrad der psychischen Erkrankung in den letzten 4 Wochen	CGI 5-7 Hoher Schweregrad der psychischen Erkrankung in den letzten 4 Wochen

2.2.3 Psychiatrischer Erstkontakt

Im Erstkontakt erfolgt anhand eines strukturier-ten Anamnesebogens eine systematische Befund-erhebung durch ein ärztliches oder psychologisches Teammitglied. Das Erstgespräch dient der Diagnose-stellung sowie der Erfassung der aktuellen Problem-lage und der medizinischen und therapeutischen Versorgungssituation.

Wesentliche Inhalte der psychiatrischen Anamnese:

- Psychopathologischer Befund
- Aktuelle Problematik
- Suchtanamnese
- Aktuelle und frühere Eigen- und Fremdgefährdung
- Akutstatus
- Kurze biographische Anamnese
- Sozialanamnese (Sozialstatus, Beruf/ Ausbil-dung, Psychosoziales Netz)
- Krankheitsanamnese (Krankheitsverlauf, Be-handlungsverlauf, Familienanamnese)
- Aktuelle ambulante Versorgungssituation (hausärztlich, fachärztlich psychiatrisch/ psy-chosomatisch/ neurologisch/ weitere, psycho-therapeutisch, psychosoziale Hilfen)

Neben der klassischen psychiatrischen Anamnese wird anhand einer Checkliste die Indikation für eine CRT-Behandlung geprüft (vgl. 2.1.2). Bei bestehender Indikation erfolgt noch am selben Tag in Rückspra-che mit der fachärztlichen Leitung die Aufnahme in die CARE-Behandlung. Darüber hinaus erfolgt eine strukturierte Erfassung von Risikofaktoren für Fremd- und/oder Eigengefährdung anhand einer Risikocheckliste. Bei akuter Eigen- und/ oder Fremd-gefährdung wird eine, durch das RECOVER-Team be-gleitete, sofortige stationäre Aufnahme eingeleitet.

2.2.4 Hausärztliche Untersuchung

Es werden regelhaft die folgenden Untersuchungen durchgeführt:

- Hausärztliche Anamnese
- Internistische und neurologische körperliche Untersuchung
- Blutuntersuchungen (Routinelaborparameter)
- Elektrokardiogramm (EKG)

Abhängig von der Erkrankung und bereits erfolgter Untersuchungen, werden weitere Untersuchungen im ambulanten Versorgungssystem koordiniert, z.B.:

- EEG
- MRT
- Liquor-Punktion
- Erweiterte Blutuntersuchung

2.3 Indikation und Behandlungsplanung

2.3.1 Indikationsboard

Das Indikationsboard ist eine elektronische Daten-bank (in der Regel in Form eine Excel-Datei, siehe Abbildung 3) anhand derer die Diagnose- und In-dikationsstellung im Rahmen einer fachärztlich ge-leiteten interdisziplinären und multiprofessionellen Teambesprechung (Intervision) erfolgt. Das Indika-tionsboard befindet sich auf einem datensicheren Computer, kann von jedem Teammitglied bearbei-tet werden und wird zu Teambesprechungen an die Wand projiziert. Teambesprechungen mit Nut-zung des elektronischen Boards finden xztäglich zu Schichtbeginn und Schichtende statt. Patient:innen werden in der Regel am Folgetag des Erstgesprächs besprochen. Das aufnehmende Teammitglied trägt bereits vor der Teambesprechung die Ergebnisse der standardisierten Diagnostik und alle klinisch rele-vanten Informationen in das Indikationsboard ein.

Im Indikationsboard werden üblicherweise erfasst:

- Datum der Aufnahme, Name der überweisen-den Person
- Personenbezogene Daten der Patient:innen (Name, Adresse, Telefon, Handy, Mail, Arbeits-status)
- Kontaktdaten von Angehörigen, Behand-ler:innen, gB, ASP etc. Name, Adresse, Telefon, Handy, Mail, etc.)
- Rechtsstatus bei Aufnahme, gesetzliche Be-treuung (gB) mit Wirkungskreisen
- Namen der zuständigen Teammitglieder (sog. Fallmanager:in)
- Aufnahmegrund/Problemlage
- Krankheitsverlauf (Ersterkrankung, Verlauf < 2 J., langjähriger Verlauf)
- Substanzkonsum
- Fremd-und/oder Eigengefährdung
- CRT-Indikation, Aufnahmegrund und Gründe für Nicht-Aufnahme
- Psychiatrische Haupt- und Nebendiagnosen, somatische und Z-Diagnosen
- Ergebnisse der standardisierten Diagnostik und Schweregradstufe

- Aktuelle Medikation (wird fortlaufend aktua-lisiert)
- Ambulante fachärztliche und psychothera-peutische Behandler:innen
- Behandlungsstufe 1-4 (inkl. Dokumentation und Begründung von step-up/-step-down, auch im Verlauf)
- Geplante Interventionen/Behandlungsplan inkl. zuständigen Teammitgliedern
- Status der hausärztlichen Untersuchung, Termine zu Blutentnahmen, andere somati-sche Untersuchungstermine
- Geplante Überleitung in weiterführende Therapien (an wen, wann)

Auf Basis der Ergebnisse der psychiatrischen Ana-mnese erfolgt eine Re-evaluation der im Rahmen der Studiendiagnostik gestellten Diagnosen und Schweregradeinstufung (siehe 2.2.1). Im multipro-fessionellen und interdisziplinären Team werden die Diagnosen mit Fokus auf differentialdiagnos-tische Überlegungen sowie die Behandlungsstufe anhand der GAF und CGI-S diskutiert und ggf. ange-passt (step-up, step-down). Bei Bedarf erfolgt eine erweiterte Anamnese zur Klärung differentialdiag-nostischer Fragestellungen (i.e. eine psychologische Diagnostik bei Verdacht auf Persönlichkeits- oder Traumafolgestörungen, ein (fach-)ärztlicher Kontakt bei Verdacht auf psychotische Störungen, substanz-bezogene Störungen oder organische psychische Störungen, eine psychosomatische Zweitsicht bei somatoformen Störungen oder Essstörungen). Die durch das Team gestellten Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) und die Schweregradstufe wer-den mit Begründung im Indikationsboard dokumen-tiert und fortlaufend aktualisiert.

Anschließend erfolgt die Behandlungsplanung ent-sprechend der im RECOVER-Versorgungsmodell defi-nierten Behandlungsstufen (siehe Abbildung 4) und die Zuweisung eines hauptverantwortlichen ärzt-lichen oder psychologischen Teammitglieds (sog. Fallmanagement), das die Koordination der geplan-ten Behandlung übernimmt und bis zum Ende der RECOVER-Behandlung für die Patient:innen klinisch zuständig bleibt. Bei Patient:innen der Stufe 3 über-nehmen die zugewiesenen Casemanager:innen die Versorgungskoordination. Im Bedarfsfall werden weitere Berufsgruppen hinzugezogen. Patient:in-nen der Stufe 4 werden je nach Kapazität möglichst zeitnah in die Integrierte Versorgung übergeleitet.

Wenn in der Re-evaluation eine anhaltende oder verschlechterte Symptomatik festgestellt wird, erfolgt eine erneute Indikationsstellung und ggf. Empfehlung der Weiterführung der modularen Psychotherapie unter individuell angepasster Auswahl des angemessenen Moduls. Das Krisenmanagement während der Behandlung findet mit Unterstützung durch das Diagnostik- und Krisenteam insbesondere hinsichtlich ggf. notwendiger notfallmedizinischer Behandlungen und (teil-)stationärer Aufnahmen statt.

2.3.4 Adaptiertes Screeningverfahren der RECOVER eDiagnostik

Das schwergradadaptierte Screeningverfahren in RECOVER (siehe Abbildung 5) beinhaltet 31 krankheitsspezifische Items zu 13 verschiedenen Diagnosen, die die Hauptindikationsbereiche des RECOVER-Versorgungsmodells umfassen (Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, somatoforme Störungen, bipolare und schizophrene Psychosen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Essstörungen, Posttraumatische Erkrankungen und ADHS), die auf

einer 4-stufigen Likert Skala (nicht zutreffend bis sehr stark zutreffend) in der Selbstbeurteilung von den Betroffenen eingeschätzt werden.

Anhand der selbstbewerteten Einschätzungen werden in einem gestuften Verfahren die Screening-items vorgelegt und bewertet. Bei kongruenter Einschätzung der jeweiligen Screeningitems wird das zugehörige diagnosespezifische Messinstrument zur Erfassung des aktuellen Schweregrades der Symptomatik vorgegeben (siehe 2.2.1, Tabelle 1). Dadurch erhalten alle teilnehmende Patient:innen eine an ihre individuellen Symptom- bzw. Syndrombereich adaptierte Diagnostik. Die Ergebnisse der Diagnostik sind keine anhand der gängigen Diagnoseklassifikationssysteme kodierten Diagnosen psychischer Erkrankungen, sondern eine syndromale Schweregradeinschätzung der psychischen Erkrankung unter Berücksichtigung der vorgegebenen Komorbiditäten. Somit bedarf es nach aktuellem Wissensstand immer einer zusätzlichen Einschätzung durch erfahrene Kliniker:innen, um die Validität der Fragebogendiagnostik abzusichern.

Screeningfragen RECOVER		Nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Stark zutreffend	Sehr stark zutreffend
1a.	Haben Sie in vielen alltäglichen Situationen Angst davor, mit anderen Menschen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder sich vor anderen zu blamieren?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
1b.	Werden Sie durch diese Angst in Ihrem Alltag stark beeinträchtigt?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2a.	Haben Sie Angst vor bestimmten Situationen, z. B. in einer Menschenmenge zu sein, in einer Schlange zu stehen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren oder alleine Ihre Wohnung zu verlassen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2b.	Vermeiden Sie solche Situationen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3a.	Fühlten Sie sich in den letzten Wochen an mehreren Tagen traurig, niedergeschlagen oder deprimiert?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3b.	Hatten Sie in den letzten Wochen weniger Interesse oder Freude an Aktivitäten, die Ihnen sonst Freude machen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3c.	Leiden Sie unter Antriebslosigkeit, sodass Sie Schwierigkeiten haben z.B. häusliche Pflichten, Termine oder Verabredungen wahrzunehmen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4a.	Haben Sie des Öfteren sehr starke oder panische Ängste (sogenannte Panikattacken), die für Sie ganz unerwartet und plötzlich in Situationen auftreten, in denen eigentlich keine Gefahr besteht?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4b.	Haben Sie sich im letzten Monat Sorgen darüber gemacht, dass Sie eine Herzerkrankung oder andere körperliche Krankheit haben könnten?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

→

4c.	Haben Sie sich im letzten Monat Sorgen darüber gemacht, dass weitere Panikattacken auftreten könnten oder haben Sie Ihr Verhalten geändert, um das Auftreten weiterer Panikattacken zu verhindern?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5a.	Waren Sie in den letzten 6 Monaten besonders nervös oder ängstlich und haben sich häufig große Sorgen über Dinge gemacht (z. B. dass Ihnen nahestehenden Personen etwas Schlimmes passieren könnte)?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5b.	Ist es Ihnen schwergefallen, sich von Ihren Sorgen abzulenken?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5c.	Leiden Sie im Alltag sehr unter diesen ständigen ängstlichen Sorgen und stehen deshalb unter großer Anspannung?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6a.	Sind Sie aktuell oder seit mehreren Jahren aufgrund mehrerer unklarer körperlicher Beschwerden um Ihre Gesundheit besorgt?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6b.	Haben Sie diese körperlichen Beschwerden medizinisch untersuchen lassen und konnte durch die medizinische Untersuchung noch keine körperliche Ursache oder Diagnose gefunden werden?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6c.	Führen diese körperlichen Beschwerden zu erheblichen Beeinträchtigungen in Ihrem Alltag oder leiden Sie stark unter diesen Beschwerden?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7a.	Drängen sich Ihnen immer wieder unangenehme oder unsinnige Gedanken, Ideen oder Vorstellungen auf, unter denen Sie leiden oder die Sie quälen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7b.	Müssen Sie bestimmte Handlungen oder Rituale immer wieder in einer bestimmten Art und Weise oder mit einer gewissen Anzahl an Wiederholungen zwanghaft ausführen (z. B. Hände waschen oder etwas kontrollieren)?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7c.	Nehmen diese aufdringlichen Gedanken oder zwanghaften Handlungen viel Zeit in Anspruch, sodass Sie Schwierigkeiten haben, Ihre alltäglichen Aufgaben zu erledigen oder ihnen nicht mehr nachkommen können?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
8a.	Haben Sie selbst oder andere Personen das Gefühl, dass Ihr Essverhalten nicht gesund ist (z. B. dass Sie zu dünn sind)?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
8b.	Haben Sie Angst davor, zu dick zu sein oder zuzunehmen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
8c.	Haben Sie Essanfälle, bei denen Sie das Gefühl haben, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9a.	Haben Sie das Gefühl, dass manche Ihrer Gedanken nicht von Ihnen selbst stammen, sondern z.B. durch eine Macht oder ein Gerät beeinflusst werden?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9b.	Hören, sehen, schmecken oder riechen Sie manchmal Dinge, die andere Personen nicht bemerken können?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
10a.	Hat es schon mal eine Zeit gegeben (vier Tage anhaltend oder länger), in der Sie sich glücklicher oder fröhlicher oder gereizter fühlten als sonst?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
10b.	Waren Sie in dieser Zeit viel aktiver als sonst oder hatten Sie viel mehr Energie?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
11a.	Waren Sie jemals einem traumatischen oder extrem belastenden Ereignis ausgesetzt, bei dem Sie Todesangst hatten oder sich hilflos fühlten?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
11b.	Erleben Sie das traumatische Ereignis seit mehr als einem Monat in einer bestimmten Art und Weise immer wieder?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
12a.	Handeln Sie oft impulsiv und ohne Rücksicht auf mögliche negative Konsequenzen? (Zum Beispiel beim Einkaufen, bei sexuellen Kontakten, Alkoholkonsum, Autofahren oder Essen)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
12b.	Schwankt Ihre Stimmung manchmal innerhalb weniger Stunden heftig zwischen verschiedenen Gefühlen, wie z. B. Wut, Ärger bis hin zu depressiven Gefühlen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
13a.	Haben Sie oft Probleme, sich an Termine oder Verpflichtungen zu erinnern?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
13b.	Sind Sie oft zappelig oder bewegen die Hände oder Füße, wenn Sie lange Zeit sitzen müssen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

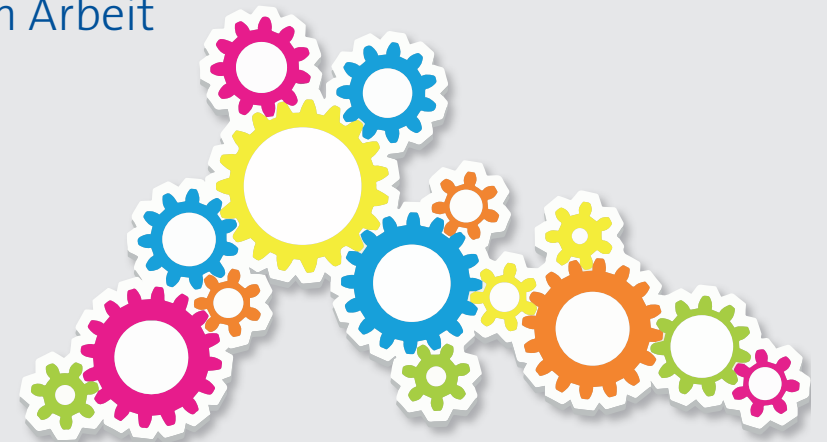
Abb. 5 Schwergradadaptiertes Screeningverfahren in RECOVER

2.4 Verlaufreview

Nach der erfolgreichen Überleitung in die ambulante Versorgung erfolgen in der Regel alle 8 bis 12 Wochen Follow-up-Termine mit dem zuständigen Teammitglied (sog. Fallmanagement). Diese dienen der fortlaufenden Re-evaluation des Behandlungsplans und dem Monitoring der Symptomatik. Bei Bedarf erfolgt im weiteren Behandlungsverlauf eine erneute Vorstellung im Indikationsboard und ggf. Anpassung der Schweregradstufe (step-up, step-down) mit den entsprechenden Implikationen für den Behandlungsplan entsprechend dem RECOVER-Versorgungsmodell (siehe 2.3, Abbildung 4) und/oder eine (erneute) Aufnahme in die CARE-Behandlung. Nach Ende der 12-monatigen Behandlungslaufzeit erfolgt ein Abschlusstermin, in dessen Rahmen eine gemeinsame Entscheidung über das Behandlungsende bzw. eine weitere Behandlungsnotwendigkeit getroffen wird. Die Anschlussbehandlung wird idealerweise im Rahmen der Laufzeit eingeleitet und konsolidiert.

3. Kapitel

RECOVER in der Praxis: Multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik und Indikationsstellung in der adaptierten Crisis Resolution Team Arbeit



Im Rahmen der Verstetigung des Innovationsfondsprojektes „RECOVER“ erfolgt die Etablierung eines CRT-Behandlungsmodells als Kernelement von RECOVER in Form einer Ergänzungsvereinbarung (sog. PIA-2) zur bestehenden Psychiatrischen Institutsambulanz (sog. PIA 1). Das evidenzbasierte Behandlungsmodell der PIA-2 ist gekennzeichnet durch eine flexible Akutbehandlung im häuslichen Umfeld nach dem Modell des Crisis Resolution Teams (CRT; im Folgenden RECOVER-Behandlung oder RECOVER-Team). CRT ist definiert als „fachärztlich geleitetes, multiprofessionelles Team mit der Aufgabe einer flexiblen, aufsuchenden, nachgehenden, intensiven und zeitlich begrenzten Akutbehandlung im häuslichen Umfeld für Menschen in akuten Krankheitsphasen einer psychischen Erkrankung“ (siehe auch 2.1.1). Neben der Bereitstellung eines multiprofessionellen, komplexen, multimodalen und integrativen Behandlungsangebots, über das ärztliche, psychotherapeutische und psychologische Leistungen integriert erbracht werden, wird im Rahmen der RECOVER-Behandlung das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse angeboten. Es erfolgt eine multimodale, multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik nach dem EBA-Ansatz.

Die wesentlichen Merkmale der RECOVER-Behandlung sind:

Teamstrukturen:

- Multiprofessionell und interdisziplinär: Fachärzt:innen, Ärzt:innen, Psycholog:innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter:innen, Genesungsbegleiter:innen
- Fachärztlich geleitet
- Experten für Krisenintervention

Kernaufgaben:

- Fallabklärung, Beratung und Indikationsprüfung für PIA-2 durch das RECOVER-Team
- 2xtgl. (an fünf Tagen in der Woche) multiprofessionelle und interdisziplinäre Intervention mit digitalem Akutboard
- Jeder fünfte Kontakt erfolgt als fachärztlich geleitete Visite
- Aufsuchende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hausbesuche)
- Durchführung bzw. Organisation aller notwendigen Diagnostiken und Therapien (v.a. Krisenintervention, Pharmakotherapie, psychologische Therapien, Psychoedukation, somatische Abklärung)
- Netzwerkgespräche mit relevanten externen Behandlern und sozialem Umfeld
- Management des sozialen und beruflichen Unterstützungsbedarfs
- Erstellung und Umsetzung von weiterführenden Behandlungs- und Kriseninterventionsplänen (inkl. Dokumentation)

Zusätzlich ergeben sich folgende Maßnahmen zur Sicherstellung der Behandlung:

- Organisation individueller Hilfeleistungen im Fall von sehr kurzfristigen und wechselnden Bedarfslagen der Patient:innen
- Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des RECOVER-Teams an allen Wochentagen (Mo-Fr)

Bei kurzfristigen Verschlechterungen des Gesundheitszustands kann bei Vorliegen der Einweisungsvoraussetzungen und vorbehaltlich freier Kapazitäten mittels stationärer Einweisung eine vollstationäre Akutbehandlung im UKE erfolgen.

3.1 Versorgungszugang und -abläufe

3.1.1 Screening und Aufnahme

In Abbildung 6 ist der zentrale sektorenübergreifende Versorgungsprozess dargestellt. Der Versorgungsprozess beginnt mit der Kontaktaufnahme der Patient:innen mit dem Versorgungsnetzwerk. Der Versorgungszugang erfolgt idealerweise über die Leistungserbringenden im Versorgungsnetzwerk:

- **Institutionen der Klinik:** Notaufnahme, Poliklinik, Akutstationen, Stationen und Tageskliniken (TK) für Menschen mit schweren psychischen Erkrankun-

kungen, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Früherkennungsambulanz (FEPS), Peer-Büro

- **Niedergelassene Versorger:** Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Kinder und Jugendpsychiatrie und Allgemeinmedizin, Psychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- **Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD)**
- **Weitere:** Ambulanter Pflegedienst, Einrichtungen zur Eingliederungshilfe/ Ambulante Sozialpsychiatrie (ASP), gesetzliche Betreuung (gB)

Die Kontaktaufnahme zum RECOVER-Team erfolgt in der Regel durch die Überweisenden oder direkt durch die Patient:innen von Montag bis Freitag von 8 bis 16 Uhr über das Bereitschaftstelefon. Klinikintern kann eine Anmeldung per Fax erfolgen. In jeder Schicht sind delegierte Teammitglieder (die sog. Schichtleitung) für die An- und Aufnahme von Patient:innen verantwortlich.

Die Schichtleitung prüft zunächst die Ein- und Ausschlusskriterien für eine RECOVER-Behandlung (siehe 3.1.2), nimmt notwendige Basisdaten auf und leitet vorbehaltlich freier Kapazitäten möglichst zeitnah die systemadministrative Aufnahme der Patient:innen und den Diagnostikprozess ein.

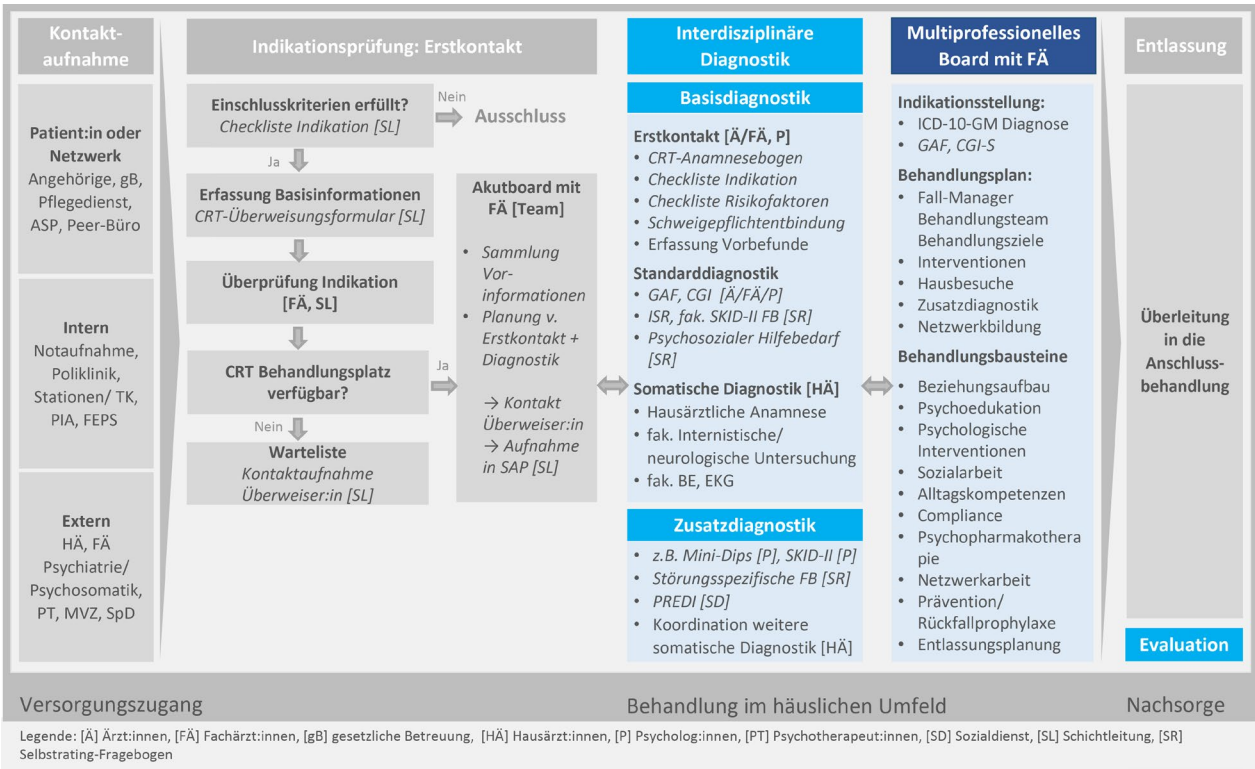


Abb. 6 Versorgungsprozesse inkl. Diagnostik und Indikationsstellung im RECOVER-Team

3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgt anhand der Indikationskriterien für eine PIA-2-Behandlung. Hierfür werden bis zum Zeitpunkt des Einschlusses keine personenbezogenen Daten erfasst.

A. PIA-2-Indikation

- A1. Hauptdiagnose einer psychischen Erkrankung nach ICD-10
- A2. Schwere der Erkrankung (CGI-S $\geq$ 4 Punkte und GAF $\leq$ 50 Punkte)
- A3. Alter $\geq$ 16 Jahre
- A4. Wohnhaft in einem Umkreis von 8km um die PIA-2
- A5. Bestehen einer akuten Krankheitsphase
- A6. Eine klassische ambulante Behandlung ist nicht ausreichend

B. PIA-2-Kontraindikation:

- B1. Vorliegen schwerer Begleit-/Vorerkrankungen (z.B. bösartige Tumorerkrankung oder Delir im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit), die eine spezifische Behandlung erfordert
- B2. Vorliegen einer akuten Abhängigkeit, Entzugserrscheinungen oder drogen-induzierten Psychose, die einer stationären Behandlung bedürfen
- B2. Eine Schwere der Erkrankung, z.B. durch anderweitig nicht beherrschbare Eigen- oder Fremdgefährdung, die eine Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung notwendig macht

Sind die Einschlusskriterien nicht erfüllt, werden Patient:innen an das bestehende Versorgungsnetzwerk zurückverwiesen oder über alternative Behandlungsmöglichkeiten und Anlaufstellen informiert. Bei akutpsychiatrischem Handlungsbedarf werden Patient:innen durch das RECOVER-Team in die Notaufnahme des zuständigen Sektorkrankenhauses, den SpD oder die Polizei verwiesen.

3.2 Multimodale und Interdisziplinäre Diagnostik

Die multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik im RECOVER-Team besteht aus **vier Modulen**, die sich in der Regel jeweils aus einer Ba-

sisdiagnostik, einer **Zusatzdiagnostik** und einem **Verlaufsreview** zusammensetzen. Die Module sind der Zuständigkeit der entsprechenden Fachdisziplin zugeordnet. Die Basisdiagnostik erhalten alle Patient:innen im Rahmen der interdisziplinären Eingangsuntersuchung. Sowohl die Basis- als auch die Zusatzdiagnostik kann je nach Gegebenheiten und Gesundheitszustand der Patient:innen sowohl im häuslichen Umfeld als auch in der Klinik erfolgen. In der Regel liegen die Befunde der Basisdiagnostik zur Indikationsstellung und Behandlungsplanung in der fachärztlich geleiteten multiprofessionellen und interdisziplinären Teambesprechung vor. Die Zusatzdiagnostik erfolgt fakultativ im Anschluss an das multiprofessionelle Board (siehe 3.3). Im Rahmen der Qualitätssicherung soll zusätzlich zum Ende der Behandlung eine Ergebnisevaluation im Rahmen des Verlaufsreviews erfolgen.

Die vier diagnostischen Module in RECOVER umfassen:

- Modul I:** Klinisch-psychiatrische Diagnostik
- Modul II:** Psychologische Diagnostik
- Modul III:** Psychosoziale Diagnostik
- Modul IV:** Somatische (hausärztliche) Diagnostik

3.2.1 Basisdiagnostik

Klinisch-psychiatrische Basisdiagnostik (Modul I-Basis)

Psychiatrisches Erstgespräch

Im psychiatrischen Erstkontakt erfolgt im Rahmen eines klinischen Interviews eine ausführliche psychiatrische Befunderhebung anhand eines strukturierten Anamnesebogens durch ein (fach)ärztliches oder psychologisches Teammitglied. Das Erstgespräch dient der Diagnosestellung und der Erfassung der aktuellen Problemlage sowie der medizinischen und therapeutischen Versorgungssituation.

Die Befunderhebung im Erstkontakt umfasst die folgenden Teilbereiche:

- Aktuelle Symptomatik/Problemlage
- Suchtanamnese (aktuell, lifetime)
- Aktuelle Versorgungssituation

- Aktuelle und frühere Eigen- und Fremdgefährdung
- Krankheitsanamnese
- Soziodemographie
- Psychopathologischer Befund (nach dem AMDP-System)

Fremdbeurteilungsverfahren

Neben der psychiatrischen Anamnese werden bei allen Patient:innen die Alltagsfunktionsfähigkeit und Krankheitsschwere anhand der standardisierten Fremdratinginstrumente **GAF**⁶ und **CGI-S**¹⁷ erfasst (vgl. 2.2). Darüber hinaus kommt eine strukturierte **Risikockeckliste** zur Beurteilung der Fremd- und Eigengefährdung zum Einsatz. Es erfolgt erneut eine Überprüfung der Indikationskriterien für eine RECOVER-Behandlung (siehe 3.1.2).

Bei akuter Eigen- und/ oder Fremdgefährdung wird eine, durch das RECOVER-Team begleitete, sofortige stationäre Aufnahme eingeleitet.

Psychologische Basisdiagnostik (Modul II-Basis)

Selbstbeurteilungsverfahren

Alle Patient:innen durchlaufen im Anschluss an den psychiatrischen Erstkontakt eine Fragebogen-diagnostik anhand des **ICD-10-Symptom-Ratings (ISR)**.^{46,47} Das ISR ist ein valides und reliables Selbst-ratingverfahren, das sich an der syndromalen Struktur der ICD-10-GM ausrichtet und das Ausmaß psychischer Belastungen symptombezogen erfasst. Das ISR besteht aus 29 Items aus denen ein Gesamtscore sowie einzelne Werte für die Subskalen Depression, Angst, Zwang, Somatoforme Störungen, Essstörungen berechnet wird. Zusätzlich werden mit jeweils einem Item Syndrome wie Schlafstörungen, sexuelle Störungen oder dissoziative Symptome erfasst. Für die interne Konsistenz konnten folgende Wertebereiche ermittelt werden: Depression: $\alpha = 0.80$ bis $\alpha = 0.90$, Angst: $\alpha = 0.84$ bis $\alpha = 0.87$, Zwang: $\alpha = 0.75$ bis $\alpha = 0.77$, Somatoforme Störungen: $\alpha = 0.84$ bis $\alpha = 0.88$, Essstörungen: $\alpha = 0.83$ bis $\alpha = 0.86$. Der Einsatz des ISR hat bei weit über 30.000 Patient:innen im stationären und ambulanten Setting seine Praktikabilität bestätigt.

Ergeben sich im Erstkontakt oder aus Vorbefunden klinische Hinweise auf eine komorbide Persönlich-

keitsstörung, erfolgt im Rahmen der psychologischen Basisdiagnostik fakultativ die Anwendung des **SKID-II Screening-Fragebogens**.¹⁵

Zusätzlich kommen fakultativ weitere **störungsspezifische Fragebogen** zum Screening und/oder zur Schweregraderfassung zum Einsatz. Eine Auswahl validierter Selbstratingverfahren findet sich in Abschnitt 2.2.1.

Psychosoziale Basisdiagnostik (Modul III-Basis)

Selbstbeurteilungsverfahren

Der **Short-Form Health Survey**⁴⁸ (SF-12) wird zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingesetzt. Der SF-12 ist ein Screeninginstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patient:innen. Er besteht aus 12 Items und umfasst acht Dimensionen des subjektiven Gesundheitserlebens. Das Gütekriterium der Objektivität (Durchführung und Auswertung) und Reliabilität sind gegeben. Weiterhin kann die Reliabilität gemessen an Cronbachs Alpha als hinreichend akzeptabel eingestuft werden. Die Bearbeitungsdauer beträgt circa 3 Minuten. Der Einsatz des SF-12 dient der Ergebnisevaluation im Rahmen der Qualitätssicherung.

Kernstück der psychosozialen Basisdiagnostik bildet die Erfassung des psychosozialen Hilfebedarfs anhand des neu entwickelten **Screening-Fragebogens zum Psychosozialen Hilfebedarf**⁴⁹ (PSH-7). Dieser Fragebogen erfasst alle relevanten Lebensbereiche und ist inhaltlich in 7 Themenfelder gegliedert:

1. Beschäftigung/ Arbeit
2. Wohnsituation
3. Materielle Absicherung/ rechtliche Position
4. Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben
5. Persönliche Beziehungen und Kontaktgestaltung
6. Selbstversorgung/ körperliche Gesundheit)
7. Inanspruchnahme von Hilfen

Patient:innen haben die Möglichkeit bestimmte vorgegebene Problembereiche anzukreuzen und/ oder selbst einen Freitext einzutragen. Ein sozialarbeiterisches Teammitglied wertet den Fragenbogen aus und setzt die einzelnen Problembereiche in

Bezug zu den Z-Diagnosen. Haben Patient:innen in mindestens einem Themenbereich Unterstützungsbedarf, wird ein Gespräch mit einem sozialarbeiterischen Teammitglied vereinbart. In diesem Gespräch erfolgt die psychosoziale Zusatzdiagnostik (siehe 3.2.2) und eine Priorisierung der aktuellen psychosozialen Probleme (akuter, mittelfristiger, langfristiger Handlungsbedarf).

Somatische (hausärztliche) Basisdiagnostik (Modul IV-Basis)

Komorbide körperliche Erkrankungen sind bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen häufig. Dies gilt für junge unbehandelte Ersterkrankte ebenso wie für ältere Mehrfacherkrankte.⁵⁰ Hinzu kommt, dass viele Patient:innen in Krisen zuvor ihre Medikamente abgesetzt bzw. unregelmäßig eingenommen haben und ein erneuter Beginn der Pharmakotherapie notwendig ist.⁸ Entsprechend erfolgt bereits zu Beginn der RECOVER-Behandlung regelhaft eine hausärztliche Untersuchung.

Die somatische (hausärztliche) Basisdiagnostik umfasst:

- Hausärztliche Anamnese
- Internistische und neurologische körperliche Untersuchung
- Apparative Basisdiagnostik: Blutuntersuchung, EKG

3.2.2 Zusatzdiagnostik

Psychologische Zusatzdiagnostik (Modul II-Zusatz)

Strukturiertes Interview

Ein strukturiertes Interview zur Diagnostik psychischer Störungen wird nur bei Neuaufnahmen durchgeführt, für die keine gesicherten Diagnosen vorliegen (z.B. aufgrund einer fehlenden standardisierten Diagnostik). Strukturierte klinische Interviews verbessern mit ihrer standardisierten Befunderhebung nicht nur Reliabilität und Validität von Diagnosen, sondern erlauben es auch, in vergleichsweise kurzer Zeit, einen umfassenden diagnostischen Befund zu erheben und zugleich den Einfluss diagnostischer Verzerrungen zu minimieren.⁵¹ In der Regel soll jedoch auf Befunde von (teil)stationären oder ambulanten Voraufenthalten zurückgegriffen

werden. Durch geschultes und klinisch erfahrenes psychologisches oder ärztliches Personal kommt das **Diagnostische Kurzinterview bei psychischen Störungen**⁵² (Mini-DIPS) zum Einsatz, das in der 2. überarbeiteten Auflage als Mini-DIPS Open Access zur Verfügung steht.⁵³ Durch Screeningfragen wird das Vorliegen der Kernkriterien der häufigsten psychischen Störungen erfasst. Bei Erfüllung der Kernkriterien werden die diagnostischen Kriterien der entsprechenden Störung vollständig erfragt. Die Durchführungszeit bei Vorliegen mindestens einer Störung liegt laut Autor:innen bei etwa 30 Minuten. Das Mini-DIPS zeigt gute bis sehr gute Interrater-reliabilitäten für alle Diagnosen mit einem Kappa Koeffizienten zwischen 0.84 und 1 sowie eine hohe Übereinstimmung zwischen Diagnosen nach Mini-DIPS und der DIPS Langfassung.^{52,53}

Ergeben sich im SKID-II Screening Fragebogen Hinweise auf das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen, soll anhand des **SKID-II**¹⁵ eine ausführliche Differentialdiagnostik bezüglich komorbider Persönlichkeitsstörungen erfolgen. Die differentialdiagnostischen Überlegungen dienen einer störungsspezifischen Behandlungsplanung der Akutbehandlung sowie der Planung der Anschlussbehandlung.

Psychosoziale Zusatzdiagnostik (Modul III-Zusatz)

Fremdbeurteilungsverfahren

PREDI-psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik⁵⁴ ist ein diagnostisches Instrument zur Erfassung von Störungen und Problemen, aber auch von Ressourcen und motivationalen Aspekten der Veränderungsbereitschaft von Patient:innen. PREDI versteht sich als ergänzendes Instrument zum ICD-10. Sie dient der Hilfe- und Therapieplanung bei psychosozialen und psychischen Problemen. Das Instrument beinhaltet einen Kurzdiagnosebogen bestehend aus 16 Ratingskalen zu neun Lebensbereichen und einer Kriterienliste zur Kurzdiagnose. Ressourcen und Problemlagen der neun Lebensbereiche können mittels spezifischer Feindiagnosen genauer bestimmt werden. Hinzu kommen störungsspezifische Zusatzmodule für „Alkohol, Drogen und Medikamente“.

PREDI liefert zufriedenstellende Ergebnisse für die Hauptgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität. Bezüglich der Handhabung und praktischen Umsetzung erweist sich PREDI als effizienter und effektiver als beispielsweise der CAN-Bogen (Cam-

berwell Assessment of Need).⁵⁵ Beide Instrumente weisen eine ähnlich befriedigende Güte auf.

PREDI bietet mit der **PREDI-Feindiagnose** ein zusätzliches Instrument, um Probleme und Ressourcen detaillierter in einen diagnostischen Kontext zu setzen. Sie umfasst 9 Module zu entsprechenden Lebensbereichen. Jedes Modul bewertet das vorliegende Problem aus weiteren vier Perspektiven (Deskription, Problemperspektive, Ressourcen und Veränderungsmotivation). Die Feindiagnostik soll zur Anwendung kommen, wenn Patient:innen im Problemrating der Kurzdiagnose einen Wert von mindestens 3 erreicht haben.

Somatische (apparative) Zusatzdiagnostik (Modul IV-Zusatz)

Abhängig von der Erkrankung und bereits erfolgter Untersuchungen, werden durch das RECOVER-Team im Rahmen der Zusatzdiagnostik weitere apparative Untersuchungen im ambulanten Versorgungssystem koordiniert, z.B.:

- EEG
- cMRT
- Liquor-Punktion
- Erweiterte Blutuntersuchung

3.3 Indikationsstellung und Behandlungsplanung

Im RECOVER-Team findet zweimal täglich (Schichtbeginn und Schichtende) eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Teambesprechung (Intervision) statt. Hier erfolgt für alle Patient:innen die initiale Indikationsstellung und Behandlungsplanung, die fortlaufende Koordination der Behandlung und Planung der Hausbesuche sowie die Organisation individueller Hilfeleistungen im Fall von sehr kurzfristigen und wechselnden Bedarfslagen von Patient:innen anhand eines elektronischen Akutboards (vgl. 2.3.1, Abbildung 3). Das Akutboard ist eine elektronische Datenbank (in der Regel in Form einer Excel-Datei), die sich auf einem datensicheren Laufwerk befindet, von jedem Teammitglied bearbeitet werden kann und zu Teambesprechungen an die Wand projiziert wird. Das zuständige (fach) ärztliche oder psychologische Teammitglied trägt bereits vor der Teambesprechung alle für die Diagnosestellung und Behandlungsplanung relevanten Informationen ein. Die Ergebnisse der interdisziplinären

Basendiagnostik werden von den jeweils zuständigen Teammitgliedern ergänzt.

3.3.1 Diagnose und Indikationsstellung

Alle vorhandenen Befunde werden in der multiprofessionellen und interdisziplinären Teambesprechung zusammengetragen, die Diagnose (inkl. differentialdiagnostischer Überlegungen) gestellt und die Schwere der Erkrankung beurteilt. Auch zu diesem Zeitpunkt sollten Indikation- und Kontraindikation für eine RECOVER-Behandlung sorgfältig abgewogen werden, insbesondere hinsichtlich der Risikofaktoren für Eigen- und/ oder Fremdgefährdung. Darüber hinaus sollte die Eignung der häuslichen Situation für Hausbesuche erörtert werden (Einwilligung der volljährigen Haushaltsangehörigen, Rückzugsmöglichkeiten in der Wohnung, Gefahren für das Behandlungsteam, Haustiere etc.).

3.3.2 Behandlungsplanung

Im Anschluss an die Diagnose- und Indikationsstellung erfolgt die interdisziplinäre und multiprofessionelle Behandlungsplanung, bei der zunächst die Behandlungsziele definiert werden und entsprechend die Zusammensetzung des Behandlungsteams erfolgt (z.B. Sozialdienst bei vordringlich sozialer Problemlage, psychologisches Personal bei differentialdiagnostischer Fragestellung, hausärztliches Personal bei somatischer Komorbidität, Genesungsbegleiter bei Problemen in der Adhärenz etc.). Für alle Patient:innen wird ein festes Teammitglied bestimmt (sog. Fallmanagement), das für die gesamte Planung und Koordination der Behandlung (inkl. administrativer Prozesse) verantwortlich ist.

Ein individueller Behandlungsplan mit konkreten Behandlungsbausteinen und Interventionen wird auf Basis der Behandlungsziele aufgebaut, im Akutboard festgehalten und fortlaufend angepasst. Die RECOVER-Behandlung setzt sich aus störungsübergreifenden Behandlungsbausteinen zusammen, die entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und gültigen Leitlinien durch störungsspezifische Interventionen ergänzt werden. Diese werden am individuellen Bedarf bzw. der individuellen Problemlage der Patient:innen ausgerichtet. Auf Basis der hausärztlichen und psychiatrischen Untersuchungsergebnisse wird der Bedarf weiterführender somatischer Diagnostik definiert und zeitnah im ambulanten Versorgungssystem eingeleitet. Da die Netzwerkbildung in der

Crisis Resolution Team Arbeit einen zentralen Bestandteil bildet, werden die Überweisenden und andere relevante Versorger kontaktiert, über das RECOVER-Behandlungskonzept informiert und der konkrete Behandlungsplan abgestimmt. Möglichst früh im Behandlungsverlauf soll ein Netzwerktreffen geplant und / oder die ambulante Netzwerkbildung fokussiert werden.

3.4 Verlaufsreview

Im Rahmen der Qualitätssicherung wird zum Behandlungsende bei allen Patient:innen eine kurze multimodale Follow-up-Erhebung durchgeführt. Entsprechend den Hauptzielen der RECOVER-Behandlung (Symptome reduzieren, das Funktionsniveau verbessern, die Lebensqualität steigern) kommen im Rahmen der Follow-up-Erhebung die folgenden Verfahren zum Einsatz.

Klinisch-psychiatrische Ergebnisevaluation (Modul I-Evaluation)

Fremdbeurteilungsverfahren

Durch ein ärztliches oder psychologisches Teammitglied erfolgt zum Ende der Behandlung erneut eine Erfassung der Alltagsfunktionsfähigkeit anhand der **GAF**⁶ sowie der Krankheitsschwere anhand der **CGI-S**.¹⁷

Psychologische Ergebnisevaluation (Modul II-Evaluation)

Selbstbeurteilungsverfahren

Um den störungsspezifischen Symptomverlauf der Patient:innen zu erfassen, wird das **ISR**^{46,47} den Patient:innen zum Behandlungsende erneut vorgelegt. Das ISR wurde sowohl zur Status- als auch Veränderungsmessung psychischer Symptomatik im Rahmen der ambulanten und stationären Routineversorgung (Versorgungsforschung und Qualitätssicherung) konzipiert. Aufgrund seiner Ökonomie, guten psychometrischen Eigenschaften und Änderungssensitivität empfiehlt sich das ISR für die Anwendung in klinischen Stichproben, auch im Rahmen von Verlaufsmessungen.^{56,57}

Ergänzend soll die Patientenzufriedenheit mit dem **Fragebogen zur Patientenzufriedenheit**⁵⁸ (ZUF-8), der deutschen Fassung des Client Satisfaction Questionnaire Patient⁵⁹ (CSQ-8 Patient), gemessen wer-

den. Der ZUF-8 ist ein Instrument zur Erfassung der allgemeinen Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen Klinikbehandlung. Das Selbstbeurteilungsverfahren besteht aus 8 Items. Die Bearbeitungs- und Auswertungszeit beträgt circa 2-3 Minuten. Die interne Konsistenz gemessen an Cronbachs Alpha kann als sehr gut eingestuft werden.

Psychosoziale Ergebnisevaluation (Modul III-Evaluation)

Selbstbeurteilungsverfahren

Zur Erfassung der Lebensqualität wird erneut der **SF-12**⁴⁸ eingesetzt. Hinsichtlich der Änderungssensitivität werden im Bereich Psychosomatik für die psychische Summenskala mittlere Effektstärken berichtet.⁶⁰

Literatur

- 1 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH et al. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 6. Überarb. Aufl. Bern: Verlag Hogrefe AG; 2016.
- 2 Falkai P, Wittchen HU. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2015.
- 3 Stieglitz RD, Jäger M. Status und Zukunft psychiatrischer Klassifikationssysteme. Verhaltenstherapie. 2020;30:311-322.
- 4 Dilling H, Dittmann V. Die psychiatrische Diagnostik nach der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10). Nervenarzt. 1990;61:259–270.
- 5 Jäger M, Frasch K, Becker T. Syndromale versus nosologische Diagnostik. Nervenarzt. 2013;84:1081–1090.
- 6 Lambert M, Karow A, Deister A, et al. RECOVER: Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregrad-gestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Lägél R, Ozegowski S, Uchlenker R, Sjuts R, Hrsg. Innovationsfonds – Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2017: 252-265.
- 7 Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet. 2009;374:609–619.
- 8 Lambert M, Ruppelt F, Siem AK, et al. Comorbidity of chronic somatic diseases in patients with psychotic disorders and their influence on 4-year outcomes of integrated care treatment (ACCESS II study). Schizophr Res. 2018;193:377–383.
- 9 Lambert M, Karow A, Deister A, et al. Steuerung psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. In: Deister A, Pollmächer T, Falkai P, Erk E, Hrsg. Krankenhausmanagement in Psychiatrie und Psychotherapie: Strategien, Konzepte und Methoden. 1. Aufl. Bd. 1. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2017:177-185.
- 10 Stieglitz RD, Freyberger HJ, Hiller W. Evidence-Based Assessment (EBA) in Psychiatrie, Klinischer Psychologie und Psychotherapie. ZPPP. 2018;66:145-155.
- 11 Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies 2014; 2015. <http://www.oecd.org/publications/making-mental-health-count-9789264208445-en.htm>. Accessed August 1, 2019.
- 12 Zimmerman M, Morgan TA, Stanton K. The severity of psychiatric disorders. World Psychiatry. 2018;17:258-275.
- 13 Paton F, Wright K, Ayre N, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. Health Technol Assess. 2016;20(3):1-162.
- 14 Lambert M, Karow A, Gallinat J, et al. Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER). BMJ Open. 2020;10:e036021. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-036021.
- 15 Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T. SKID Strukturiertes Klinisches Interview für DSM–IV. Achse I und II. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- 16 Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, et al. The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. Arch Gen Psychiatry. 1976;33(6):766–771.
- 17 Guy W. Clinical Global Impression. In: Guy W, Hrsg. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville: US Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs; 1976.
- 18 Steinlechner S, Wenzel L, Kasten M, et al. Evaluation psychiatrischer Störungen anhand eines erweiterten SKID-Screenings. Fortschr Neurol Psychiatr. 2015; 83(9):499-505.
- 19 Strauß B. Klinische Interviews und Ratingskalen. Diagnostik für Klinik und Praxis. Göttingen: Hogrefe; 2005.
- 20 Ising HK, Veling W, Loewy RL, et al. The validity of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. Schizophr Bull. 2012;38(6):1288-1296.
- 21 Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, et al. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. 2. Auflage. Karlsruhe: Pfizer; 2002.
- 22 Kocalevent RD, Hinz A, Brähler E. Standardization of the depression screener patient health questionnaire (PHQ-9) in the general population. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35(5):551-555.
- 23 Beard C, Hsu KJ, Rifkin LS, et al. Validation of the PHQ-9 in a psychiatric sample. J Affect Disord. 2016;193:267-273.
- 24 Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, et al. The Altman Self-Rating Mania Scale. Biol Psychiatry. 1997;42(10):948–955.
- 25 Bandelow B. Panik- und Agoraphobie-Skala (PAS). 2., aktualisierte Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2016.
- 26 Löwe B, Decker O, Müller S, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. Med Care. 2008;46(3):266-274.
- 27 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-1097.
- 28 Consbruch K, von Stangier U, Heidenreich T. Skalen zur Sozialen Angststörung (SOZAS). Göttingen: Hogrefe; 2016.
- 29 Susic Z, Gieler U, Stangier U. Screening for social phobia in medical in- and outpatients with the German version of the Social Phobia Inventory (SPIN). J Anxiety Disord. 2008;22(5):849-859.
- 30 Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1006-1011.
- 31 Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1012-1016.

- 32 Jacobsen D, Kloss M, Fricke S, et al. Reliabilität der deutschen Version der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Verhaltenstherapie*. 2003;13(2):111-113.
- 33 Schaible R, Armbrust M, Nutzinger DO. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Sind Selbst- und Fremdrating äquivalent? *Verhaltenstherapie*. 2001;11(4):298-303.
- 34 Ehring T, Knaevelsrud C, Krüger A, et al. PTSD Checklist for DSM-5, Deutsche Version; 2014. <http://zep-hh.de/wp-content/uploads/2015/05/PCL-5.pdf>. Accessed August 1, 2019.
- 35 Weathers FW, Litz BT, Keane TM, et al. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Boston: National Center for PTSD; 2013.
- 36 Krüger-Gottschalk A, Knaevelsrud C, Rau H, et al. The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):379.
- 37 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*. *JAMA*. 1999;282(18):1737-1744.
- 38 Gierk B, Kohlmann S, Toussaint A, et al. Assessing somatic symptom burden: a psychometric comparison of the patient health questionnaire-15 (PHQ-15) and the somatic symptom scale-8 (SSS-8). *J Psychosom Res*. 2015;78(4):352-355.
- 39 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64(2):258-266.
- 40 Hilbert A, Tuschen-Caffier B, Karwautz A, et al. Eating Disorder Examination-Questionnaire: Evaluation der deutschsprachigen Übersetzung. *Diagnostica*. 2007;53(3):144-154.
- 41 Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Eating Disorder Examination-Questionnaire: Deutschsprachige Übersetzung. 2. Auflage. Tübingen: dgvt Verlag; 2016.
- 42 Hilbert A, de Zwaan M, Braehler E. How frequent are eating disturbances in the population? Norms of the eating disorder examination-questionnaire. *PLoS One*. 2012;7(1):e29125. DOI: 10.1371/journal.pone.0029125. Accessed August 1, 2019.
- 43 Wolf M, Limberger MF, Kleindienst N, et al. Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23): Entwicklung und Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften. *PPmP*. 2009;59(8):321-324.
- 44 Kessler RC, Adler L, Ames M, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005;35(2):245-256.
- 45 Mörtstedt B, Corbisiero S, Stieglitz RD. Normierung der Adult ADHD Self-Report-Scale-V1.1 und der ADHS Selbstbeurteilungsskala an einer repräsentativen deutschsprachigen Stichprobe. *Diagnostica*. 2016;62(4):199-211.
- 46 Tritt K, Von Heymann F, Zaudig M, et al. ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Das Handbuch zum Fragebogen. Graz: neobooks; 2015.
- 47 Tritt K, Von Heymann F, Zaudig M, et al. Entwicklung des Fragebogens ICD-10-Symptom-Rating (ISR). *Z Psychosom Med Psychother*. 2008;5(4):409-418.
- 48 Bullinger M, Kirchberger I. SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe; 1998.
- 49 Wills C, Karow A, Tlach L. Fragebogen zur psychosozialen Bedarfserhebung (PSH-7). In Vorb.
- 50 De Hert M, Correll CU, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77.
- 51 Margraf J, Cwik JC, Pflug V, et al. Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne: Gütekriterien und Weiterentwicklungen der DIPS-Verfahren. *Z Klin Psychol Psychother*. 2017;46:176-186.
- 52 Margraf J. Mini-DIPS – Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen. Berlin: Springer Verlag; 1994.
- 53 Margraf J, Cwik JC. Mini-DIPS Open Access: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen. Bochum: Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität; 2017. DOI:10.13154/rub.102.91.
- 54 Küfner H, Conen M, Indlekofer W. PREDI- Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik, ein problem- und lösungsorientierter Ansatz. Version 3.0. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006.
- 55 Kilian R, Bernert S, Matschinger H, et al. Die standardisierte Erfassung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs bei schweren psychischen Erkrankungen. Entwicklung und Erprobung der deutschsprachigen Version des Camberwell Assessment of Need-EU. *Psychiatr Praxis*. 2001;28(2, Sonderheft): 79-83.
- 56 Brandt WA, Loew T, von Heymann F, et al. Das ICD-10 Symptomrating (ISR): Validierung der Depressionsskala an einer klinischen Stichprobe. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2015;65(6):234-237.
- 57 Fischer HF, Schirmer N, Tritt K, et al. Retest-Reliabilität und Änderungssensitivität des ICD-10-Symptom-Rating (ISR) in verschiedenen Stichproben. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2011;61(3-4):162-169.
- 58 Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother med Psychol*. 1989;39:248-255.
- 59 Attkisson CC, Zwick R. The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Eval Program Plann*. 1982;5(3):233-
- 60 Igl W, Zwingmann C, Faller H, et al. Änderungssensitivität von generischen Patientenfragebogen - Ergebnisse einer verbundübergreifenden Reanalyse. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*. 2006;16(2):69-81.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Das RECOVER-Versorgungsmodell	11
Abbildung 2	Ablaufschema der Diagnostik und Indikationsstellung in der RECOVER-Studie	12
Abbildung 3	Indikationsboard	18
Abbildung 4	Systematisierung der gestuften und integrierten Versorgung im RECOVER-Versorgungsmodell	18
Abbildung 5	Schwergradadaptiertes Screeningverfahren in RECOVER	21
Abbildung 6	Versorgungsprozesse inkl. Diagnostik und Indikationsstellung im RECOVER-Team	24