



RECOVER: Manual 6

Schweregradgestufte Psychotherapie

Richtlinien und Behandlungspfade 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, von Dipl.-Psych. Heike Peper, Psychotherapeutenkammer Hamburg und Prof. Dr. Helmut Peter, Verhaltenstherapie Falkenried MVZ GmbH
Kontakt Prof. Anne Karow, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel: +49 (0) 40 7410 - 57728 | Mail: karow@uke.de

Autoren:

Prof. Dr. Anne Karow
Dipl.-Psych. Heike Peper
Prof. Dr. Helmut Peter
Dr. Lisa Tlach
Dr. Anna-Katharina Siem
Dr. Constanze Finter
Dr. Daniel Lüdecke
Romy Schröter, M.Sc.

Layout: Sabine Wuttke (UKE)

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

Copyright / Urheberrechtsbelehrung

© Prof. Dr. Anne Karow, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf © 2021

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

Abkürzungsverzeichnis

ACT	– Assertive Community Treatment
CRT	– Crisis Resolution Team
CM	– Case Management
SMI	– Severe Mental Disorder
TP	– Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
VT	– Verhaltenstherapie

Vorwort

Sehr geehrte
Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Interessierte,

Das vorliegende Manual beinhaltet eine praktische Anleitung zur Implementierung einer evidenzbasierten diagnose-, verfahrens- und praxisübergreifenden ambulanten Psychotherapie im Rahmen einer sektorenübergreifend-kooordinierten, schwe-
radgestuften, evidenzbasierten Versorgung psy-
chischer Erkrankungen (RECOVER) in Deutschland
inklusive einer Darstellung der notwendigen Struk-
turen, Interventionen und Qualitätssicherung.

Das Manual soll dazu beitragen, die ambulante Psy-
chotherapie auf Basis der aktuellen Gesetzgebung
und wissenschaftlichen Evidenz in ein gestuftes
Behandlungsmodell zu integrieren und damit ein
Maximum an Effektivität und Effizienz bei guter Be-
handlungsqualität und Patientenorientierung zu er-
zeugen. Es wurde die in der Regelversorgung gelten-
de Psychotherapie-Richtlinie für die Erstellung des
Manuals berücksichtigt.

Zur besseren Übersichtlichkeit wurde das Manual in
wesentliche Abschnitte unterteilt: Aktuelles Versor-
gungssystem und wissenschaftliche Grundlagen,
das RECOVER Behandlungsmodell, das Psychothe-
rapieangebot in RECOVER sowie die praktische Um-
setzung des RECOVER Behandlungsmodells.

Wir hoffen mit diesem Manual eine Hilfestellung
geben zu können, um das deutsche Versorgungssys-
tem im Bereich der Psychotherapie für Menschen
mit psychischen Erkrankungen und ihre Familien
patientenorientierter, evidenzbasierter und effizien-
ter zu gestalten.

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

Die Autoren



Inhalt

Impressum	2	4. Kapitel: Praktische Umsetzung von ambulanter Psychotherapie in RECOVER	18
Abkürzungsverzeichnis	3	4.1 Kooperation zwischen RECOVER und ambulanter Psychotherapie	18
Vorwort	4	4.2 Psychotherapeutische Sprechstunde	19
1. Kapitel: Aktuelles Versorgungssystem und wissenschaftliche Grundlagen	8	4.3 Maßnahmen zu einer langfristigen Implementierung	19
1.1 Charakteristika und Versorgungssituation der Hauptzielgruppe	8	4.4 Strukturelle Rahmenbedingungen	20
1.2 Effektivität und Effizienz von ambulanter Psychotherapie	9	4.5 Informationen und Fortbildung	21
2. Kapitel: Grundlagen für ambulante Psychotherapie in RECOVER	11	Literatur	22
2.1 Behandlungsstufen	12		
2.2 Übergeordnete Ziele	12		
2.3 Indikationen und Kontraindikationen für die Modulare Psychotherapie in RECOVER	13		
2.4 Administration und Steuerung	14		
3. Kapitel: Das modulare Psychotherapieangebot in RECOVER	15		
3.1 Modul S (Akut- und Soforttherapie)	15		
3.2 Modul M (Spezifische Therapiemodelle)	16		
3.3 Modul L (Langzeittherapie)	16		
3.4 Modul R (Rezidivprophylaxe)	17		

Aktuelles Versorgungssystem und wissenschaftliche Grundlagen



Für eine erfolgreiche Implementierung von schwergradgestufter ambulanter Psychotherapie ist es wichtig, alle wesentlichen Charakteristika der hauptsächlichlichen Nutzer und ihre aktuelle Versorgungssituation zu kennen, sowie die wissenschaftlichen Belege zur Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapie in ein Versorgungsmodell zu integrieren.

1.1 Charakteristika und Versorgungssituation der Hauptzielgruppe

Über 90% aller psychischen Erkrankungen sind leicht- bis mittelgradig ausgeprägt (1, 2); die Häufigkeit schwerer und komplexer psychischer Erkrankungen liegt bei Erwachsenen bei 6% und bei Jugendlichen bei 8% (3). Das Risiko, schwer psychisch zu erkranken, ist bei verschiedenen psychischen Störungen unterschiedlich: bei der Schizophrenie liegt es bei 90%, bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis bei 60%, bei bipolaren Störungen bei 40% und bei Persönlichkeitsstörungen bei 30% (4). Dagegen ist das Risiko bei der unipolaren Depression und anderen affektiven Störungen, aber auch bei Angst-, Belastungs- und Anpassungsstörungen gering und liegt bei 5-10% (4). Angesichts der hohen Lebenszeitprävalenz von depressiven Störungen und Angststörungen (Faktor 5-10) kommt es dennoch zu einer substantiellen Anzahl schwerer Erkrankungen. In Bezug auf bestimmte Bevölkerungsgruppen zeigt sich, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund,

insbesondere bei Geflüchteten, das Risiko schwer psychisch zu erkranken, ebenfalls stark erhöht ist (41).

Auch wenn die Übergänge fließend sind, werden die genannten Patientengruppen - schwer und leicht bis mittelgradig Erkrankte - in Deutschland häufig in unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitssystems behandelt:

Die hohe Anzahl leicht bis mittelgradig erkrankter Patienten mit Depressionen, Angst-, Belastungs- oder Anpassungsstörungen werden überwiegend im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie bei niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten behandelt (5, 6). Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden in der ambulanten Psychotherapie weniger oft behandelt: 3% bis 5% der Patienten in ambulanter Psychotherapie erfüllen die Kriterien einer schweren psychischen Störung (5, 6).

Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist die Gruppe der Patienten mit leichten bis mittelgradigen psychischen Erkrankungen außerordentlich relevant, da sie mehr als 80% aller Arbeitsunfähigkeitstage verursachen (7, 8). Und diese AU-Tage steigen ständig: Seit Ende der 90er Jahre berichtet die DAK Gesundheit über eine Steigerung von mehr als 200% (7, 8). Damit liegt der Anteil von AU-Tagen (und AU-Kosten) durch psychische Erkrankungen

bei 15-20% aller Erkrankungen mit einer hohen Dunkelziffer durch nicht diagnostizierte psychische und psychosomatische Störungen bei vermeintlich körperlichen Erkrankungen (8, 9).

Die hohe Anzahl von Patienten mit leichten bis mittelgradigen psychischen Erkrankungen, aber auch die nicht ausreichende Steuerung im Versorgungssystem, verursachen in Deutschland seit Jahren zunehmend lange Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie von aktuell durchschnittlich 3 bis 9 Monaten (6), wobei sich hinsichtlich der Wartezeit Unterschiede zwischen Stadt und Land zeigen. In Großstädten wird die Wartezeit mit durchschnittlich etwa vier Monaten angegeben, für ländliche Regionen wird eine längere Wartezeit mit fünf bis sechs Monaten angegeben. Nach wie vor ist die Wartezeit noch deutlich zu lang. Insgesamt würde es 7000 weitere Praxissitze in Deutschland benötigen, um die Wartezeit auf ein adäquates Ausmaß zu reduzieren. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund relevant, dass aktuell lediglich 20% der von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen professionelle Hilfe in Anspruch nimmt und somit von einer steigenden Nachfrage in der Zukunft auszugehen ist. Zudem werden Ultrakurzzeit-, Kurzzeit- und Gruppenpsychotherapien in der ambulanten Psychotherapie weniger angeboten (8). Hinzu kommen eine geringe Validität gestellter psychiatrischer Diagnosen (10) und psychofunktionale Non-Response (25-50%) oder sogar Verschlechterung (1-3%) des Gesundheitszustandes trotz ambulanter Psychotherapie (11). Aufgrund der langen Wartezeiten auf ambulante Psychotherapie und der teils ineffizienten Steuerung im Versorgungssystem, bedarf es neuer Behandlungskonzepte, die die ambulante Psychotherapie integrieren.

1.2 Effektivität und Effizienz von ambulanter Psychotherapie

Die Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapie ist für die sogenannten „Common Mental Disorders“ sehr gut wissenschaftlich belegt. Zu den „Common Mental Disorders“ werden häufige psychische Erkrankungen mit einem leichten bis mittleren Schweregrad, wie Depressionen und Angststörungen, gezählt (12). In zahlreichen Studien wurden verschiedene Psychotherapieverfahren hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf die Erreichung einer Symptomreduktion und Krankheitsremission untersucht und mit Nichtbehandlung, Standardbehand-

lungen oder anderen Therapieverfahren verglichen (13-18). Als Grundlage für die Überlegungen der Flexibilisierung einer modularen Psychotherapie in RECOVER und unter Berücksichtigung der Psychotherapierichtlinie wurden vor allem Studien ausgewertet, die in Deutschland für die Behandlung von gesetzlich Versicherten zugelassene Verfahren wie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie untersuchten.

Zusammenfassend lassen sich folgende Hauptergebnisse bezüglich des Evidenzgrads zu der Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapieverfahren hinreichend wissenschaftlich belegen. Diese bilden die Grundlage für die Flexibilisierung der ambulanten Psychotherapie in RECOVER:

- In vielen Fällen einer leichten bis mittelgradigen psychischen Erkrankung kommt es auch bei Nichtbehandlung und Abwarten zu einer Verbesserung der psychischen Symptomatik. Im Vergleich dazu zeigt sich allerdings verfahrens- und diagnoseübergreifend, dass mit einer psychotherapeutischen Behandlung eine raschere und stärkere Verbesserung der Krankheitssymptome sowie ein höherer Anteil an Patienten mit einer vollständigen Krankheitsremission erreicht wird und ein geringeres Risiko für eine Chronifizierung besteht (19).
- Bezüglich des Ausmaßes einer Verbesserung von Krankheitssymptomen ohne psychotherapeutische Behandlung zeigen sich wichtige krankheitsspezifische Unterschiede. Psychische Erkrankungen mit einem chronischen und rezidivierend episodischen Verlauf zeigen eine geringere Symptomreduktion und anteilig weniger Krankheitsremission im Vergleich zu monophasisch verlaufenden leichten Erkrankungen (19, 20).
- In zahlreichen prospektiven und kontrollierten Vergleichsstudien konnte hinsichtlich der Effektivität und Effizienz kein eindeutiger Vorteil eines Psychotherapieverfahrens gegenüber einem anderen identifiziert werden (im wesentlichen Vergleich kognitiver Verhaltenstherapie versus tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie). Dabei fanden sich weder Unterschiede zwischen verschiedenen Kurzzeittherapien (12-30 Sitzungen), verschie-

denen Langzeittherapien (>30 Sitzungen) und Einzel- und Gruppenpsychotherapien für Beobachtungszeiträume von ein bis drei Jahren (13, 15-18, 20-27).

- Studien zeigten krankheitsübergreifend, dass Kurzzeittherapien für viele, aber nicht für alle Patienten geeignet waren. Je höher Krankheits schwere, Chronizitätsgrad und bei Vorliegen komorbider Störungen, desto eher wurde keine ausreichende Krankheitsremission erreicht und es wurden Anschluss therapieangebote notwendig (21, 22, 28).
- Insbesondere bei schwer und chronisch erkrankten Patienten waren Langzeittherapien und kombinierte Therapien (Pharmakotherapie und Psychotherapie) der alleinigen Kurzzeittherapie hinsichtlich einer langfristigen Symptomremission überlegen (14-16, 24, 28, 29).
- Effekte von Langzeittherapien setzten erst später im Therapieverlauf ein, während Effekte von Kurzzeittherapien früher einsetzten, zum Therapieende vergleichsweise stärker waren und sich diese Unterschiede im Langzeitverlauf annäherten (14-16, 24, 28, 29).
- Je kürzer die Therapiedauer war, desto mehr Symptomreduktion und Krankheitsremission wurden durch störungsspezifische Therapieverfahren im Vergleich zu unspezifischen Therapieverfahren erreicht (17, 18, 30, 31).
- Hinsichtlich der Kosteneffektivität und -effizienz zeigten sich klare Vorteile von Kurzzeittherapieverfahren gegenüber Langzeittherapien (32-35).
- Darüber hinaus zeigte sich, dass sowohl eine Kombination von Psychotherapie mit Selbsthilfeprogrammen als auch der alleinige Einsatz von Selbsthilfeprogrammen ein sinnvolles Angebot sein kann (36, 37).

2. Kapitel

Grundlagen für ambulante Psychotherapie in RECOVER



Ziel von RECOVER ist die Weiterentwicklung der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften und evidenzbasierten Versorgung. Die ambulante psychotherapeutische Regelversorgung soll in das Behandlungsmodell integriert werden. Das Behandlungsmodell RECOVER beinhaltet 4 Schweregradstufen mit 4 zugehörigen Interventionsmodulen zunehmender Behandlungsintensität. Die Indikation für die vier Behandlungsstufen in RECOVER wird durch ein AID- und CARE-Team bzw.

in RECOVER Stufe 2 und 3 in gemeinsamer Abstimmung zwischen dem AID- und CARE-Team (CRT-Team) und ggfs. dem jeweiligen Psychotherapeuten gestellt.

In Abbildung 1 ist das RECOVER-Versorgungsmodell zu sehen. Innerhalb des Modells sind verschiedene Maßnahmen enthalten, um den Versorgungszugang effektiver (evidenzbasierter) Behandlung zu verbessern.



Abb. 1 Das RECOVER-Versorgungsmodell

2.1 Behandlungsstufen

Stufe 1: Leichter Schweregrad

Leicht erkrankte Patienten erhalten eine Beratung (max. 3h) durch das Diagnostik-Team, begleitetes Abwarten und eTherapie (z.B. computergestützte Selbsthilfeangebote oder Therapeutengeleitete eTherapie). Einzelfallbezogen werden Sozialarbeit, Supported Employment und Peer-Support angeboten. Eine ambulante Psychotherapie ist in der Stufe 1 in der Regelversorgung im RECOVER-Modell **nicht** vorgesehen.

Stufe 2: Mittlerer Schweregrad

Patienten mit einem mittleren Erkrankungsschweregrad erhalten eine „koordinierte Regelversorgung“ durch eine gestufte ambulante Psychotherapie und einen Zugang zu eTherapie (z.B. computergestützte Selbsthilfeangebote oder Therapeutengeleitete eTherapie). Einzelfallbezogen werden Pharmakotherapie, Sozialarbeit, Supported Employment und Peer-Support angeboten. Die ambulante Psychotherapie **ist wesentlicher Teil** der Stufe 2 in der Regelversorgung im RECOVER-Modell.

Stufe 3: Mittlerer bis hoher Schweregrad

Patienten mit einem mittleren bis hohen Schweregrad erhalten eine „koordinierte Regelversorgung“ plus eine individuelle Behandlungsbegleitung (Case Management). Jeder Behandlungsbegleiter (Case Manager, CM) sorgt bei 40-50 Patienten für (a) die Umsetzung des Behandlungsplanes, (b) Motivation und Kontrolle der Therapieinanspruchnahme, (c) Psychoedukation und (d) die Umsetzung von Sozialarbeit und (e) Supported Employment. Die ambulante Psychotherapie ist wesentlicher Teil der Stufe 3 in der Regelversorgung im RECOVER-Modell.

Stufe 4: Schwere psychische Erkrankung (SMI)

Patienten mit einem hohen Schweregrad erhalten eine „Integrierte aufsuchende Komplexbehandlung“. Hier integriert das Konsortium den gesamten Selektivvertrag Hamburger Modell (vgl. Manual 8: Assertive Community Treatment; (38, 39). Hauptbestandteil der Behandlung ist das Assertive Community Treatment (ACT) - ein multiprofessionelles, teambasiertes Modell für eine intensive längerfristige Komplexbehandlung. Jedes Teammitglied behandelt ca. 15-20 Patienten. Hierbei mögliche längerfristige Psychotherapien sind an das Funk-

tionsniveau angepasst und werden durch die Mitglieder der ACT Teams durchgeführt. Im Vergleich zur Regelversorgung zeigt das Hamburger Modell eine größere Effektivität bezüglich Symptomverbesserung, Funktionsniveau, Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit, Behandlungsabbruch, medikamentöser Adhärenz, Krankenhaustagen, Häufigkeit von Zwangseinweisungen und eine größere Kosten-Nutzen-Effizienz. In Stufe 4 wird Psychotherapie durch das ACT Team angeboten. Die ambulante Psychotherapie ist in der Stufe 4 in der Regelversorgung im RECOVER-Modell **nicht** vorgesehen.

2.2 Übergeordnete Ziele

Ziel der Integration der ambulanten psychotherapeutischen Regelversorgung in das RECOVER Modell ist die Verbesserung von Effektivität, Effizienz und Behandlungsqualität durch eine Stärkung sektorenübergreifender Netzwerkarbeit, erhöhte Flexibilität und eine Erhöhung des Anteils schwer Erkrankter mit Vermeidung und Verkürzung stationärer Behandlungen. Hierzu wurden folgende Voraussetzungen vereinbart:

Voraussetzungen für eine Flexibilisierung der ambulanten Psychotherapie in RECOVER:

- Kurzfristige Therapievergabe innerhalb von 14 Tagen durch eine koordinierte Behandlung
- Nutzung einer Vordiagnostik und Krisenintervention durch das RECOVER AID- und CARE-Team
- Höherer Anteil gestufter Kurzzeittherapien ≤ 12 Sitzungen und Gruppentherapien
- Förderung settingübergreifender Gruppentherapieangebote in Kooperation mit niedergelassenen Psychotherapeuten
- Ein höherer Anteil von Patienten mit schwereren psychischen Erkrankungen (Stufe 3) in ambulanter Psychotherapie durch Kooperation und Inanspruchnahme des RECOVER CRTs in Krisen
- Förderung der Qualifizierung niedergelassener Therapeuten v.a. zur Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen durch gemeinsame Behandlung im Netzwerk, zertifizierte kostenfreie Fortbildungen, eLearning, Fallkonferenzen, Qualitätszirkel, u.a.

Neben Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung eines modularen Psychotherapieangebots in

RECOVER wurden verschiedene Anreize entwickelt, um teilnehmenden Kooperationspartnern die sektorenübergreifende Behandlung strukturell und inhaltlich zu ermöglichen.

Anreize für eine Flexibilisierung der ambulanten Psychotherapie in RECOVER:

- Enge Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem RECOVER Team in der sektorenübergreifenden Versorgung
- Inanspruchnahme des RECOVER AID- und CARE-Teams (CRT), auch während der psychotherapeutischen Behandlung
- Settingübergreifende psychotherapeutische Eingangsdiagnostik, Einbezug von niedergelassenen Psychotherapeuten in die Indikationsstellung und dadurch ggf. Verkürzung der Probatorik
- Einfache Überweisungsmöglichkeit bei somatischen und psychiatrischen Fragestellungen
- Inanspruchnahme der neuen E-Mental-Health Plattform eRECOVER
- Angebot settingübergreifender Gruppentherapieangebote
- Wegfall oder Verkürzung von Antragsverfahren bzw. Berichtspflicht für Psychotherapien
- Zertifizierte, kostenfreie Fortbildungen, eLearning, Fallkonferenzen, Qualitätszirkel

2.3 Indikationen und Kontraindikationen für die Modulare Psychotherapie in RECOVER

Eine möglichst genaue Indikationsstellung ist für Behandler, Krankenkassen, Qualitätssicherung und Kontrollinstitutionen von wesentlicher Bedeutung. Die Indikation für Art und Umfang der Psychotherapie wird zu Beginn auf der Basis des schweregradgestuften Versorgungsmodells durch das RECOVER AID- und CARE-Team in Kooperation mit niedergelassenen Psychotherapeuten für Patienten aller Schweregrade gestellt.

Indikationen

- Vorliegen einer psychischen Erkrankung nach ICD-10-GM (DIMDI 2016)
- Bestehen einer akuten Krankheitsphase
- Schweregradeinstufung anhand der Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Symptomschwere und Alltagsfunktionseinschränkungen

Kontraindikationen

- Fehlende Indikation zur ambulanten Behandlung
- Akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung, die eine sofortige Sicherung der Situation im Sinne eines psychiatrischen Notfalls bedingen
- Akute oder schwere somatische Erkrankung(en), die eine Behandlung im Krankenhaus notwendig machen
- Vorliegen einer gesetzlichen Unterbringung mit Anordnung einer stationären Behandlung
- Mehrfache erfolglose ambulante Psychotherapien in beiden Verfahren

Je nach ambulantem Setting, werden auch folgende Kontraindikationen genannt:

- Vorliegen einer organischen psychischen Störung (ICD-10-GM: Fo)
- Vorliegen einer primären Suchtstörung (ICD-10-GM: F1)

Um die Arbeit ambulanter Psychotherapeuten auf die wesentliche Zielgruppe einzugrenzen, werden von anderen Autoren auch Ausschlusskriterien bzgl. der Fehlnutzung formuliert. Diese umfassen z.B. soziale Probleme ohne psychische Erkrankung oder persönliche kurzzeitige Krisen ohne Behandlungsindikation.

2.4 Administration und Steuerung

Die Verwaltung, Administration und Steuerung der Patienten erfolgt über die RECOVER Koordinationsstelle im Kompetenzzentrum für Integrierte Versorgung am UKE (ZIV). Alle teilnehmenden Patienten werden in den RECOVER Selektivvertrag zur Besonderen Versorgung der teilnehmenden Krankenkassen aufgenommen. Die niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzte des RECOVER Netzwerks stimmen der RECOVER Kooperationsvereinbarung zu. Das ambulante Psychotherapieangebot in RECOVER wird entweder innerhalb des RECOVER Selektivvertrags oder über die Richtlinien-therapie in der Regelversorgung finanziert. Es erfolgt für jeden Patienten, welcher die entsprechende Behandlungsindikation erfüllt, eine gemeinsame Diagnostik und Behandlung durch das Kompetenzzentrum für Integrierte Versorgung am UKE und die niedergelassenen Psychotherapeuten oder Ärzte.

Die Aufgaben des Kompetenzzentrums für Integrierte Versorgung am UKE sind:

- die zentrale Koordination und Vermittlung von Terminen für Erstgespräche, Folgetermine, Organisation und Steuerung von Gruppenpsychotherapien inklusive zur Verfügung gestellter Räumlichkeiten und Abrechnung bzw. Unterstützung bei der Abrechnung
- Entlastung bezüglich des administrativen Aufwands durch vorbereitete Anträge und ein mit den teilnehmenden Krankenkassen abgestimmtes strukturiertes Antragsverfahren bzw. Verzicht auf Anträge und Berichtspflicht im Rahmen des Selektivvertrags
- Ausgestaltung des Selektivvertrages und des Kooperationsvertrags mit den Krankenkassen und den teilnehmenden Partnern
- Klärung der Rechtssicherheit innerhalb der Umsetzung sektorenübergreifender Behandlung bezüglich Datenschutz, Versicherungsschutz und der Delegation von Aufgaben

Eine Überweisung erfolgt via Telefon oder Face-to-Face. Überweisungen von Klienten, die nicht vom Überweiser persönlich gesehen wurden, sollten nur im Falle von ersterkrankten und bis dato unbehandelten Klienten akzeptiert werden.

Wichtige Bestandteile des Überweisungsformulars sind (vgl. Manual 4: CRT):

- Zeitpunkt der Überweisung
- Informationen zum Überweiser: Name, Adresse, Kontaktdaten, Beziehung zum Klienten
- Dringlichkeit der Zeitspanne bis zum Beginn der Interventionen
- Erwartungen des Überweisenden
- Eine Zusammenfassung der Krankheitsgeschichte inklusive:
 - die Gründe für die Überweisung
 - die Art des hauptsächlichen Problems
 - Ereignisse, die zur Überweisung führten
 - Psychische Erkrankungen des Klienten
 - Symptome
 - Vorgeschichte zum Gebrauch von Alkohol und/oder Drogen
 - Aktuelle und frühere Eigen- und/oder Fremdgefährdung
 - Aktuelle Medikation
 - Soziale Unterstützung mit Kontaktdaten aller Personen und Institutionen

3. Kapitel

Das modulare Psychotherapieangebot in RECOVER



Es wird ein modulares, diagnose- und verfahrensübergreifendes Psychotherapieangebot in RECOVER angeboten. Die Auswahl des jeweiligen Moduls erfolgt individuell nach Diagnose, Akuität und Chronizität, bisherigen Therapieerfahrungen und dem Evidenzgrad der Behandlung. Die Module bauen dabei nicht zwingend stufenweise aufeinander auf, sondern werden entsprechend der Indikation ausgewählt und bei Bedarf kombiniert.

Die Psychotherapiemodule folgen überwiegend der geltenden Psychotherapierichtlinie, um eine Umsetzung in der Regelversorgung zu gewährleisten (40).

Der Fokus der Psychotherapiemodule liegt auf dem raschen Therapiebeginn, Kurzzeittherapien und Gruppenangeboten auch während der Akutphase, sowie der Möglichkeit einer Verkürzung auf die Probatorik entsprechend der gemeinsamen Indikations- und Diagnostikphase durch das CRT-Team und dem weiterbehandelnden Psychotherapeuten. Außerdem steht die Förderung und Unterstützung bei der Vergabe von Therapieplätzen an schwer erkrankte Patienten im Fokus.

Für die Umsetzung der Psychotherapiemodule soll ein verfahrensübergreifendes Psychotherapienetzwerks mit individueller Gewichtung der teilnehmenden Psychotherapeuten gebildet werden. Nicht jeder Netzwerkpartner muss somit alle Psychotherapiemodule anbieten, aber alle notwendigen Angebote sollen in ausreichendem Maße zur Verfügung

gestellt und bedarfs- und indikationsbezogen zugeordnet werden.

Da die therapeutische Beziehung einen bedeutsamen Wirkfaktor in der Behandlung darstellt, wird besonders auf die Gewährleistung der Beziehungskontinuität geachtet.

Das ambulante Psychotherapiekonzept ist analog zu den Angeboten der Regelversorgung in **vier ambulante Psychotherapieangebote** gegliedert:

- **Sofort- und Akuttherapie**
- **Spezifische Therapiemodelle**
- **Langzeittherapie**
- **Rezidivprophylaxe**

3.1 Akut- und Soforttherapie

Der Umfang der ambulanten Psychotherapie beläuft sich auf insgesamt 12 Sitzungen. Das Angebot wird diagnose- und verfahrensübergreifend (VT oder TP) sowohl als Gruppentherapie als auch als Einzeltherapie umgesetzt, wobei bevorzugt das Angebot einer Gruppentherapie gemacht werden sollte. Die 12 Therapietermine können im Therapieverlauf in zunehmend größeren Zeitabständen angeboten werden. Folgende Angebote werden umgesetzt:

Akuttherapie (plus obligate psychiatrische Einzelkontakte)

Diese beinhaltet ein diagnose- und verfahrensübergreifendes Therapieangebot für Patienten in akuten psychischen Krisen mit einem hohen Risiko der stationären Behandlungsbedürftigkeit und/oder Notfallbehandlungsbedarf. Behandlungsziel der Akuttherapie ist die Bewältigung der akuten Krise und schnelle Symptomreduktion, die Vermeidung der stationären Aufnahme und/oder fortlaufenden Arbeitsunfähigkeit durch ein wöchentliches Therapieangebot. Es kann eine Ausbehandlung der Patienten erfolgen. Bei fortgesetzten Behandlungsbedarf (Re-Evaluation zum Therapieende) findet je nach Schweregrad und Behandlungsbedarf eine Weiterbehandlung statt.

Soforttherapie

Diese beinhaltet ein diagnose- und verfahrensübergreifendes Therapieangebot für Patienten ohne Akutbehandlungsbedarf, mit leicht- bis mittelgradiger psychischer Erkrankung, ohne chronische psychische Erkrankung aber mit hohem Wunsch nach einer Psychotherapie bzw. einem entsprechenden Inanspruchnahmeverhalten (Patient nimmt lange Wartezeiten in Kauf, selbstständiges Suchverhalten, weiter bestehende Überzeugung der Notwendigkeit einer Therapie trotz Beratung/Diagnostik). Behandlungsziel der Sofortbehandlung ist es ohne Wartezeit eine schnelle Symptomreduktion und vollständige Ausbehandlung zu erreichen und rezidivierende Erstkontakte/Behandlerwechsel, eine Langzeittherapie oder eine teil-/stationäre Behandlung, sowie fortlaufende Arbeitsunfähigkeit durch ein wöchentliches Therapieangebot zu vermeiden. Es soll in der Regel keine Weiterbehandlung erfolgen.

Nachstationäre Behandlung

Dies beinhaltet ein diagnose- und verfahrensübergreifendes Therapieangebot für Patienten im Anschluss an einen stationären Aufenthalt, mit mittelgradiger bis schwerer (chronischer) psychischer Erkrankung. Behandlungsziel der nachstationären Behandlung ist es durch eine sektorübergreifende Behandlung ohne Wartezeit einen nahtlosen Übergang in die ambulante Behandlung zu gewährleisten, rasche Rückfälle und Re-Aufnahmen zu vermeiden. Es kann eine Ausbehandlung der Patienten erfolgen. Bei fortgesetzten Behandlungsbedarf

(Re-Evaluation zum Therapieende) findet je nach Schweregrad und Behandlungsbedarf eine Weiterbehandlung statt.

3.2 Spezifische Psychotherapie

Der Umfang der spezifischen Psychotherapie beläuft sich je nach den Vorgaben des spezifischen Programms auf 24 Sitzungen. Das Angebot kann verfahrensübergreifend (VT oder TP) sowohl als Gruppentherapie als auch als Einzeltherapie umgesetzt werden. Bevorzugt wird eine Kombination aus Einzeltherapie und einer störungsspezifischen oder methodenspezifischen Gruppentherapie.

Es werden spezifische, evidenzbasierte Gruppentherapieprogramme für die folgenden Erkrankungen angeboten:

Psychische Erkrankung
Unipolare Depression (F32, F33)
Angststörung (F40, F41)
Zwangsstörung (F42)
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
Persönlichkeitsstörung (F60, F61)
Spezifisches Gruppentherapiemodell
Depressionsbewältigungsgruppe
Angstbewältigungsgruppe
Zwangsbewältigungsgruppe
u.a. Dialektisch Behaviorale Therapie mit Traumaschwerpunkt, EMDR, PITT, IRRT
u.a. Dialektisch Behaviorale Therapie

3.3 Langzeittherapie

Der Umfang der ambulanten Langzeitpsychotherapie beläuft sich auf 60 Sitzungen. Das Angebot kann verfahrensübergreifend (VT oder TP) sowohl als Einzeltherapie oder Gruppentherapie oder kombiniert in der Regelversorgung in Kooperation mit niedergelassenen Psychotherapeuten umgesetzt werden. Eine inhaltlich äquivalente, aber niederfrequent durchgeführte Behandlung kann auch im Rahmen einer sozialpsychiatrischen Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz umgesetzt werden. Der Fokus liegt auf einer Einzeltherapie, die durch

eine störungsspezifische oder methodenspezifische Gruppentherapie ergänzt wird. Das Angebot richtet sich primär an schwer erkrankte Patienten mit einem hohen Grad an Chronizität und hohem Hospitalisierungsrisiko (Stufe 3):

- Schwere, chronische Depression (F33)
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung und andere Persönlichkeitsstörungen (F63)
- Chronische psychische Störung mit Komorbiditäten
- Chronische und/oder rezidivierende Psychosen (F20)

3.4 Rezidivprophylaxe

Der Umfang der ambulanten Psychotherapie zur Rezidivprophylaxe beläuft sich auf 12 Sitzungen. Das Angebot sollte verfahrensübergreifend (VT oder TP) und bevorzugt als Gruppentherapie umgesetzt werden. Die Durchführung erfolgt in Kooperation mit niedergelassenen Psychotherapeuten oder in der Psychiatrischen Institutsambulanz. Das Angebot richtet sich an remittierte Patienten mit einem hohen Inanspruchnahmeverhalten, sowie einem hohen Rückfall- und (Re-)Hospitalisierungsrisiko (Stufe 2 und 3). Der Fokus ist die Rezidivprophylaxe in Form einer niedrig dosierten Gruppentherapie, (1/Monat) mit einem gesteuerten Übergang in ein Selbsthilfekonzept (eTherapie oder Gruppenangebote).

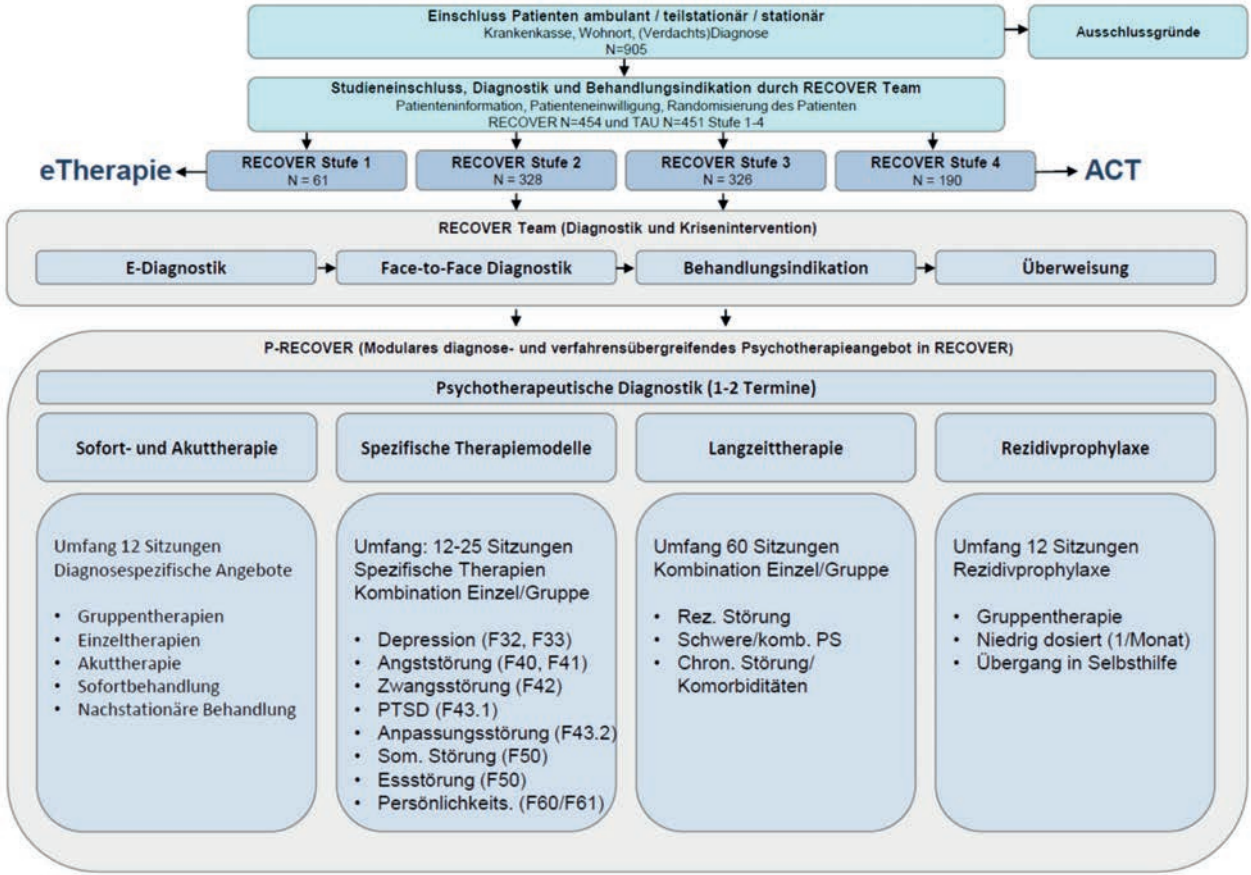
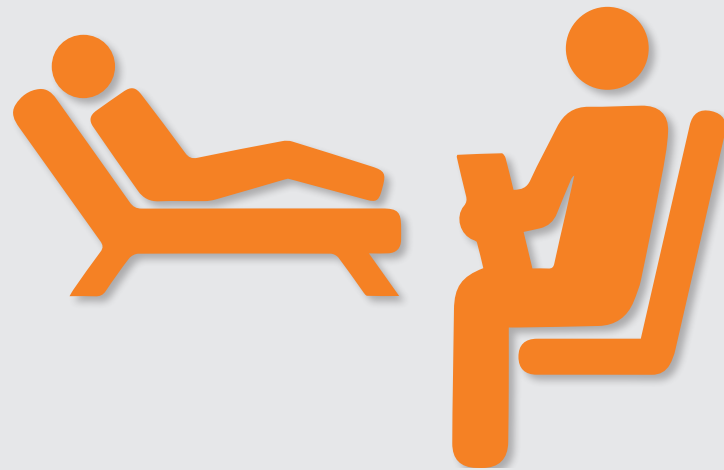


Abb. 2 Psychotherapiemodule in RECOVER

Praktische Umsetzung von ambulanter Psychotherapie in RECOVER



4.1 Kooperation zwischen RECOVER und ambulanter Psychotherapie

Das AID- und CARE-Team ist in RECOVER die zentrale settingübergreifende Anlaufstelle für Screening, Ansprache und Aufnahme aller geeigneten Patienten (ambulant, Notfall, teil-/stationär). Es sollte sich um ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team mit Expertise in den Fachbereichen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Psychosomatik, Forensik, Migration, Pflege, Sozialarbeit und Peer-Arbeit handeln. Die Aufgaben in Kooperation mit niedergelassenen Therapeuten und Ärzten umfassen:

- Die systematische Diagnostik und Krisenintervention, Schweregradeinstufung und begleitete und dokumentierte Überleitung in die gestufte Behandlung
- Kontinuierliche Zuständigkeit auch im Therapieverlauf bei klinischer Verschlechterung (Step up) und im Not- und Krisenfall (24h telefonische Rufbereitschaft, mobiles Team während Kernarbeitszeit, sehr kurzfristige Terminvergabe oder aufsuchende Arbeit)
- Die Reevaluation zum Therapieende und gemeinsame Entscheidung über weitere Therapieindikation

Die spezifischen Teilaufgaben des RECOVER AID- und CARE-Teams umfassen:

Teilaufgabe des RECOVER Teams: Diagnostik (vgl. Manual 3)

- Face to Face
- eDiagnostik
- Schweregradeinstufung und Indikation
- Bericht/Gutachten
- Überleitung in psychotherapeutische Diagnostik

Teilaufgabe des RECOVER Teams: Crisis Resolution Teamarbeit (vgl. Manual 4)

(CRT, entspricht der stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d)

- Fachärztlich geleitete Krisenintervention und Akutbehandlung
- Multiprofessionell und interdisziplinär
- Zugang über sektorale Hotline
- Aufgabe zeitlich begrenzte Akutbehandlung
- 24h Bereitschaft
- Gatekeeping-Funktion für alle Akutaufnahmen

4.2 Psychotherapeutische Sprechstunde

Die Psychotherapieplanung erfordert eine zusätzliche psychotherapeutische Eingangsdiagnostik zur Therapieplanung unter Einbezug des ambulanten Psychotherapeuten. Die psychotherapeutische Eingangsdiagnostik ist an den RECOVER-Zielen ausgerichtet:

- Nutzung der Vordiagnostik inklusive eDiagnostik
- Differentialdiagnostische Indikationsstellung
- Evidenzbasierte, schweregradgestufte Psychotherapieplanung

Sie beinhaltet folgende Module:

- Präsenzdiagnostik: Psychotherapeutisches Erstgespräch (50 Minuten)
- Bei Bedarf 2. Erstgespräch (25-50 Minuten)

Die Indikationsstellung für die psychotherapeutische Behandlung wird in einer spezifischen Diagnostikeinheit (diagnostisches Gespräch im Rahmen der Testdiagnostik) vor Beginn der Psychotherapie durchgeführt. Nach Abschluss jedes Psychotherapiemoduls findet eine Überprüfung des fortgesetzten psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs statt. Ist eine weitere Behandlung nicht erforderlich, wird eine Therapieabschlusseinschätzung durchgeführt. Bei weiterem Behandlungsbedarf findet die Indikation für das indizierte nächste Therapiemodul bzw. die Überprüfung einer bereits in der Eingangsdiagnostik gestellten Indikation statt. Im Rahmen der Bedarfseinschätzung wird auch überprüft, ob und wann ein Wechsel des Therapieverfahrens angezeigt ist.

Diese psychotherapeutische Diagnostikeinheit hat das Ziel einen zeitnahen Behandlungsbeginn sicherzustellen. Weitere behandlungsbezogene Ziele sind:

Ziele der Psychotherapeutischen Diagnostik in RECOVER

- Überprüfung der Hauptdiagnose und Behandlungsindikation und des Psychotherapieverfahrens unter Berücksichtigung der durch das AID- und CARE-Team durchgeführte Diagnostik und aller zur Verfügung gestellten Informationen
- Beziehungsaufnahme und Sicherstellung eines guten Behandlungsbündnisses zwischen Therapeut und Patient

- Gemeinsame Definition der Behandlungsziele in Abstimmung mit dem Patienten, ggf. Angehörigen und andere Bezugspersonen, sowie behandelnden Psychotherapeuten und dem AID- und CARE-Team und Entwicklung eines entsprechenden Behandlungsplans im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung;

Übergeordnetes Ziel der ambulanten Psychotherapie ist die Herstellung eines bestmöglichen Gesundheitsgrades des Klienten bzgl. Symptomen, Funktionsniveau und Lebensqualität innerhalb der Modulen Psychotherapie. Im Behandlungsverlauf und zum geplanten Behandlungsende erfolgt die systematische Überprüfung der Notwendigkeit der psychotherapeutischen Weiterbehandlung in Abstimmung mit dem AID- und CARE-Team. Auf der Basis dieser gemeinsamen Einschätzung wird mit dem Einverständnis des Patienten die Therapie fortgeführt oder beendet.

Wenn in der Reevaluation eine anhaltende oder verschlechterte Symptomatik des Patienten 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 AID- und CARE-Team insbesondere hinsichtlich ggf. notwendiger notfallmedizinischer Behandlungen und (teil-)stationärer Aufnahmen statt.

4.3 Maßnahmen zu einer langfristigen Implementierung

Das RECOVER Modell ist auf Nachhaltigkeit ausgerichtet und zielt auf eine Verstetigung in der Regelversorgung ab. Entsprechend wird bei allen zu entwickelnden Strukturen, Prozessen und Incentives darauf geachtet, dass sie langfristig in das Versorgungssystem implementiert werden können. Die entstehende Behandlungskette soll sowohl praxistauglich und in andere Versorgungsregionen übertragbar, als auch mit den Bedingungen in der Regelversorgung kompatibel sein. Bei der Umsetzung wurde auf klinische Erfahrungen und auf bereits bewährte Innovationskonzepte aufgebaut. Das vorliegende Manual basiert auf Versorgungsstrukturen und Therapieangeboten in der ambulanten Psychotherapie, die in verschiedenen Kontexten (Psycho-

therapierichtlinie, Integrierte Versorgung nach SGB V §140b, sektorenübergreifende Versorgung, ambulante berufsübergreifende Versorgung, ambulante Netzwerkversorgung) erprobt und evaluiert wurden bzw. werden.

Die strukturelle Verankerung im Versorgungssektor ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung gestufter ambulanter Psychotherapie. Folgende Kriterien sind Bestandteil der Qualitätssicherung:

- Einvernehmliche und verbindliche Zusage und Unterstützung durch Institutionen und Entscheidungsträger der Klinik;
- Beteiligung von Entscheidungsträgern und Repräsentanten des gesamten sektoralen Versorgungssystems. Hierzu gehören:
 - Innerhalb der Klinik die psychiatrische Institutsambulanz (PIA, ggf. existierende Early Intervention Services und ACT Teams (siehe 7.1.8.5.).
 - Außerhalb der Klinik sektorale niedergelassene Psychotherapeuten, Psychiater, Hausärzte und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und -psychiater.
- Die sektorale Implementierung von Modularer Psychotherapie sollte durch ein Lenkungsteam geleitet und begleitet werden. Die Aufgaben des Lenkungsteams umfassen v.a. die evidenzbasierte Implementierung, fortlaufende Qualitätssicherung, sowie Information, Fortbildung und Training.
- Die Implementierung Modularer Psychotherapie, sollte ausschließlich auf evidenzbasierten Qualitätssicherungskriterien basieren. Nur so wird die Effektivität und Effizienz gewährleistet.
- Wichtige innerklinische und außerklinische Schnittstellen sollten formalisiert werden.
- Die Implementierung sollte fortlaufend durch Information, Fortbildung und Training im sektoralen Versorgungssystem begleitet werden.
- Die Implementierung sollte anhand von Qualitätssicherungskriterien mittels Zertifizierung umgesetzt werden. Die fortlaufende Qualität der Behandlung bezüglich Strukturen, Interventionen und Ergebnissen sollte mittels regelmäßiger Audits geprüft werden.

4.4 Strukturelle Rahmenbedingungen

Bezüglich der strukturellen Rahmenbedingungen werden zwei Bereiche unterschieden: klinische Rahmenbedingungen, die zur klinischen Arbeit benötigt werden (z.B. Einzel- und Gruppentherapieräume) und Rahmenbedingungen im Krankenhausmanagementsystem (z.B. Aufnahme, Aufenthaltsstatus, Leistungsdokumentation, Abrechnung).

Für die gewünschte Erhöhung des Gruppentherapieanteils sind hohe strukturelle, organisatorische und logistische Anforderungen zu erfüllen. Die Qualität der Behandlungen hängt darüber hinaus von einer ausreichenden methoden- und störungsspezifischen Differenzierung der Gruppenangebote ab. Für die Qualitätssicherung ist auch eine gute Standardisierung wichtig. Der notwendige logistische und strukturelle Aufwand kann in Einzelpraxen oft nicht umfänglich geleistet werden. Institutionelle Behandlungseinrichtungen oder Zusammenschlüsse von Einzelpraxen mit einer übergeordneten Behandlungsorganisation können ggf. das notwendige Therapiemanagement besser umsetzen.

Die Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinien hat durch Erleichterung der Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppenpsychotherapie (zwei Psychotherapeuten pro Psychotherapie) den Weg für eine praxisübergreifende Psychotherapie in der Regelversorgung bereitet. In RECOVER soll diese Möglichkeit genutzt werden, um eine erfolgreiche und effiziente intrasektorale Therapiekette aufzubauen. Für eine Übertragung in andere Regionen müssen die Regeln, Prozesse und Strukturen transparent und nachvollziehbar dokumentiert werden.

Eine sektorenübergreifende Versorgungskette, an der mehrere Behandlungseinrichtungen beteiligt sind, erfordert die Einhaltung gemeinsamer diagnostischer und therapeutischer Standards, einer standardisierten Dokumentation sowie eines verbindlichen Behandlungspfads, insbesondere bei der Definition der Schnittstellen zwischen den Sektoren und zwischen den teilnehmenden Einrichtungen. Diese Standards müssen den individuellen Behandlungsanforderungen in der Psychotherapie gerecht werden.

4.5 Informationen und Fortbildung

Umfassende Informationen sind an die Population des zu versorgenden Sektors, im Sektor arbeitende professionelle Institutionen und Personen, Kliniken mit Schnittstellen zum Versorgungssektor und Betroffenen- und Angehörigenverbände zu richten. Hierbei spielt die flächendeckende Verbreitung von Informationen über das Behandlungsangebot mit allen wichtigen Informationen zur adäquaten Nutzung und Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Diese können über Websites, Flyer, etc. der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Ziel der Fortbildung in RECOVER ist die Einwicklung eines eigenen Lehrangebots des Zentrums für Integrierte Versorgung mit den Schwerpunkten präventive und moderne Versorgungsstrategien für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Früherkennung und Frühintervention, ACT, IV, CRT). Fortbildung umfasst dabei im Wesentlichen Angebote für Professionelle in Institutionen in der Klinik (z.B. Akutstationen, PIA, etc.) und ambulante Leistungserbringer (z.B. niedergelassene Psychiater, niedergelassene Psychotherapeuten, ambulante Sozialpsychiatrie), sowie die Durchführung gemeinsamer bedarfsbezogener Fallkonferenzen und Qualitätszirkel mit Mitarbeitern des RECOVER AID- und CARE-Teams und im Netzwerk. Weitere Ziele sind die Förderung der Qualifizierung kooperierender Psychotherapeuten für Gruppenpsychotherapien im Rahmen ihrer Mitarbeit in RECOVER. Darüber hinaus erhalten alle Kooperationspartner Zugang zu kostenlosen e-Learning Angeboten auf e-RECOVER zu verschiedenen Störungsbildern.

Literatur

1. Governments CoA: National Action Plan for Mental Health 2006-2011. Fourth Progress Report Covering Implementation to 2009-2010. <http://www.coag.gov.au>;
2. Guhne U, Becker T, Salize HJ, et al.: Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? Psychiatrische Praxis 42:415-23, 2015
3. Bagalman E, Napili A: Prevalence of Mental Illness in the United States: Data Sources and Estimates; in Library of Congress Congressional Research Service. Edited by Department ULGD. Washington D.C. , 2015
4. Delespaul PH: Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands. Tijdschrift voor psychiatrie 55:427-38, 2013
5. Wittmann WW, Steffanowski A: Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojektes. Psychotherapie Aktuell 3(3), 6-12, 2011
6. Kruse J, Herzog W: Zur ambulanten psychosomatischen/ psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz. http://www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf, 2012
7. Rote Liste - Arzneimittelverzeichnis für Deutschland. Frankfurt/Main: Rote Liste Service GmbH, 2014
8. DAK: Psychoreport 2015. Deutschland braucht Therapie. Herausforderungen für die Versorgung, 2015
9. BPTK: BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf, 2015
10. Hach I, Rentsch A, Ruhl U, et al.: Validität von Krankenscheindiagnosen psychischer Störungen. Gesundheitswesen 65:359-64, 2003
11. Jacobi F, Uhmann S, Hoyer J: Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 40 (4), 246–256, 2011
12. Kendrick T, Pilling S: Common mental health disorders-- identification and pathways to care: NICE clinical guideline. Br J Gen Pract 62:47-9, 2012
13. Salzer S, Winkelbach C, Leweke F, et al.: Long-term effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioural therapy in generalized anxiety disorder: 12-month follow-up. Canadian journal of psychiatry 56:503-8, 2011
14. Knekt P, Lindfors O, Harkanen T, et al.: Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. Psychological medicine 38:689-703, 2008
15. Knekt P, Lindfors O, Sares-Jaske L, et al.: Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. Nordic journal of psychiatry 67:59-68, 2013
16. Knekt P, Virtala E, Harkanen T, et al.: The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. Psychological medicine 46:1175-88, 2016
17. Leichenring F, Salzer S, Beutel ME, et al.: Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. The American journal of psychiatry 170:759-67, 2013
18. Leichenring F, Salzer S, Beutel ME, et al.: Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. The American journal of psychiatry 171:1074-82, 2014
19. Ahola P, Joensuu M, Knekt P, et al.: Effects of Scheduled Waiting for Psychotherapy in Patients With Major Depression. The Journal of nervous and mental disease 205:611-7, 2017
20. Bogels SM, Wijts P, Oort FJ, et al.: Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. Depression and anxiety 31:363-73, 2014
21. Conolly Gibbons MB, Gallop R, Thompson D, et al.: Comparative Effectiveness of Cognitive Therapy and Dynamic Psychotherapy for Major Depressive Disorder in a Community Mental Health Setting A Randomized Clinical Noninferiority Trial. JAMA 313(9):904-911, 2016
22. Driessen E, Van HL, Don FJ, et al.: The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. The American journal of psychiatry 170:1041-50, 2013
23. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, et al.: Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity--a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. Journal of affective disorders 107:95-106, 2008
24. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, et al.: How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. World Psychiatry 15:245-58, 2016
25. Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, et al.: Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial. Occup Environ Med 74:905-12, 2017
26. Michalak J, Schultze M, Heidenreich T, et al.: A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. Journal of consulting and clinical psychology 83:951-63, 2015
27. Nordgreen T, Haug T, Ost LG, et al.: Stepped Care Versus Direct Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder and Panic Disorder: A Randomized Effectiveness Trial. Behav Ther 47:166-83, 2016
28. Meuldijk D, Carlier IV, van Vliet IM, et al.: The clinical effectiveness of concise cognitive behavioral therapy with or without pharmacotherapy for depressive and anxiety disorders; a pragmatic randomized controlled equivalence trial in clinical practice. Contemp Clin Trials 47:131-8, 2016
29. Zipfel S, Wild B, Gross G, et al.: Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. Lancet 383:127-37, 2014
30. Sorensen P, Birket-Smith M, Wattar U, et al.: A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. Psychological medicine 41:431-41, 2011
31. Watzke B, Ruddel H, Jurgensen R, et al.: Longer term outcome of cognitive-behavioural and psychodynamic psychotherapy in routine mental health care: randomised controlled trial. Behaviour research and therapy 50:580-7, 2012
32. Maljanen T, Knekt P, Lindfors O, et al.: The cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up. Journal of affective disorders 190:254-63, 2016
33. Maljanen T, Paltta P, Harkanen T, et al.: The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up. J Ment Health Policy Econ 15:13-23, 2012
34. Meuldijk D, Carlier IV, van Vliet IM, et al.: A randomized controlled trial of the efficacy and cost-effectiveness of a brief intensified cognitive behavioral therapy and/or pharmacotherapy for mood and anxiety disorders: design and methods. Contemp Clin Trials 33:983-92, 2012
35. Lovell K, Bower P, Gellatly J, et al.: Clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of low-intensity interventions in the management of obsessive-compulsive disorder: the Obsessive-Compulsive Treatment Efficacy randomised controlled Trial (OCTET). Health technology assessment (Winchester, England) 21:1-132, 2017
36. Lovell K, Bower P, Gellatly J, et al.: Low-intensity cognitive-behaviour therapy interventions for obsessive-compulsive disorder compared to waiting list for therapist-led cognitive-behaviour therapy: 3-arm randomised controlled trial of clinical effectiveness. PLoS medicine 14:e1002337, 2017
37. Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD, et al.: How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. Journal of affective disorders 149:1-13, 2013
38. Lambert M, Bock T, Daubmann A, et al.: Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Psychiatrische Praxis 41:257-65, 2013
39. Karow A, Bock T, Daubmann A, et al.: Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Psychiatrische Praxis, 2013
40. Bundesausschuss G: Richtlinie Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. www.g-ba.de/informationen/richtlinien. 15.02.2017, 2017
41. Bas-Sarmiento, P., Saucedo-Moreno, M. J., Fernández-Gutiérrez, M., & Poza-Méndez, M. (2017). Mental health in immigrants versus native population: a systematic review of the literature. Archives of psychiatric nursing, 31(1), 111-121.