

NPPV Behandlungspfad Demenz F00

Einleitung

Demenzerkrankungen zeichnen sich durch erworbene kognitive Leistungsdefizite aus. Es werden verschiedene Demenzformen unterschieden. Die Häufigste ist die Alzheimer-Demenz, die oftmals schleichend beginnt und allmählich progredient verläuft. Demgegenüber beginnt die zweithäufigste Demenzform, die vaskuläre Demenz oftmals abrupt mit leichter nachfolgender Besserung, wobei das Ausgangsniveau in der Regel nicht wieder erreicht wird. Insgesamt sind die Verläufe vaskulärer Demenzen jedoch vielgestaltig. Darüber hinaus gibt es noch eine Reihe seltener Demenzformen, z.B. die frontotemporale Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz oder die Demenz bei Parkinson. Demenzerkrankungen werden je nach Fortschreiten der Symptomatik in verschiedene Stadien 1-7 eingeteilt (1).

Die Punktprävalenz der Demenz beträgt zwischen 8 und 13% bei Personen ab dem 65. Lebensjahr in Deutschland. Aktuell (2013) leben 1,3 Mio Menschen mit einer Demenz in Deutschland. Die Lebenszeitprävalenz beträgt bis zum 80. Lebensjahr weniger als 10%, bis zum 90. Lebensjahr 40% und bis zum 100. Lebensjahr 80%. Nur selten treten Demenzerkrankungen vor dem 60. Lebensjahr auf. Der Hauptrisikofaktor ist damit das höhere Lebensalter, weshalb bei zunehmender Lebenserwartung Demenzerkrankungen häufiger werden. Die Ursache der Demenz ist von der Demenzform abhängig. Insbesondere bei den vaskulären Demenzen sind die typischen Gefäßrisikofaktoren auch die Risikofaktoren für das Auftreten der Demenz. (1).

Die Verläufe von Demenzerkrankungen sind sehr heterogen. Während Alzheimer-Demenzen oftmals langsam progredient verlaufen, ist der Verlauf der vaskulären Demenz sehr wechselnd. Die Prognose ist letal über alle Erkrankungsformen im Mittel nach 5-8 Jahren mit einer Spannbreite von 1-20 Jahren (1).

Die Kosten der Demenzerkrankungen sind immens, aber aufgrund des heterogenen Hilfe- und Behandlungsbedarfs nur schwer über alle Stadien und Formen abschätzbar. Neben den erforderlichen Behandlungsleistungen erhalten Menschen mit Demenzerkrankungen oftmals auch Leistungen der Pflegerversicherung. Zudem bestehen erhebliche indirekte Kosten durch Belastungen des sozialen Umfelds. Die durchschnittlichen Kosten von Demenz liegen im leichten Krankheitsstadium bei etwa 15.000 Euro jährlich und steigen bei schwerer Demenz auf rund 42.000 Euro jährlich. Grund dieser Kostensteigerung ist in erster Linie der steigende Pflegebedarf bei fortgeschrittener Demenz. Das betrifft sowohl die ambulanten und stationären Pflegeleistungen als auch die Familienpflege. Demgegenüber verursachen die Ausgaben für Medikamente deutlich weniger als 5% der Gesamtkosten (2).

Diagnostik

Die Diagnose der Demenz erfolgt in einem ersten Schritt klinisch und mit Hilfe von testdiagnostischen Untersuchungen. Durch die Anamneseerhebung, den klinischen Befund und testpsychologische Zusatzbefunde kann zumeist bereits die Demenzdiagnose gestellt werden. In einem zweiten Schritt erfolgt die differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Erkrankungen, insbesondere zur Depression, oder zwischen den Demenzformen. Dazu werden weitere apparative, hauptsächlich bildgebende und laborchemische Untersuchungen durchgeführt (1).

Therapie

Das Ziel der Behandlung der Demenzerkrankung ist insbesondere zu Beginn der Erkrankung, die kognitiven und nichtkognitiven Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten. Beim Vorliegen von Risikofaktoren sollten diese soweit möglich minimiert werden.

Das Fortschreiten der Symptome kann durch pharmakologische Behandlungsmaßnahmen und u.a. durch ergotherapeutische bzw. neuropsychologische Trainingsmaßnahmen erreicht werden. Entscheidend sind eine therapeutische Kontinuität und eine Vernetzung der Behandlungsleistungen mit anderen psychosozialen Hilfe- und Pflegeleistungen (1).

Darüber hinaus treten bei Demenzerkrankungen oftmals somatische und psychiatrische Komplikationen auf. Gerade aufgrund von Verhaltensstörungen und deliranten Symptomen sind spezifische, insbesondere psychopharmakologische Behandlungsmaßnahmen erforderlich, die oftmals einen intensiven Behandlungsbedarf generieren. Zentral für die eine adäquate Behandlung ist der Einbezug der Bezugspersonen mit entsprechender Beratung und Edukation, um einen erkrankungsgerechten Umgang mit den Betroffenen zu erreichen (1).

Derzeitige Versorgungsprobleme

Innerhalb unseres Versorgungssystems gibt es vornehmlich Defizite im ambulanten Bereich. Während im teilstationären und stationären Bereich die Leistungsdichte auch im internationalen Vergleich groß ist und die Umsetzung der geforderten multiprofessionellen Komplexbehandlung längst realisiert ist, ist dies im ambulanten Bereich nicht oder nur unzureichend geschehen. Dies liegt an der Budgetierung zahlreicher Leistungselemente der vertragsärztlichen Versorgung, an der fehlenden ambulanten Bereitstellung bestimmter Leistungen und an der fehlenden Vernetzung bestehender Leistungsangebote, die im Vergleich zu stationären Maßnahmen trägerübergreifend organisiert werden müssen.

An diesen Stellen setzt das Versorgungsprojekt der NPPV an. Es ermöglicht den teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten eine im Bedarfsfall intensivierte ambulante Behandlung unter Einbezug zusätzlicher Behandlungsmodule insbesondere auf Gruppenbasis und vernetzt die Behandlungsleistungen und Leistungen anderer Kostenträger untereinander durch regionale Netzwerkbildung.

Ziel ist die Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen, um den Betroffenen eine Alternative zur stationären Behandlung anzubieten, den Versorgungsdruck auf die stationären Strukturen zu reduzieren und die ambulante Behandlungsqualität zu verbessern, damit sich die Lebensqualität der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds verbessert.

Behandlungspfad

Der Behandlungspfad definiert, welche Versorgungsleistungen innerhalb der besonderen Versorgung und welche unverändert im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden. Die erst genannten Leistungen sind deshalb – ggf. in Ausbaustufen – zu bestimmen und mit einer Vergütungshöhe aus dem Innovationsfonds zu hinterlegen, zu den zuletzt genannten Leistungen muss die Schnittstelle bestimmt werden. Es muss definiert werden, wer (Qualifikation) welche Leistungen erbringen und wer welche Leistungen veranlassen kann. Darüber hinaus sind grundlegende Themen wie Einschreibekriterien und Dauer der Versorgung festzulegen.

Neben der Festlegung der konkreten Behandlungsleistungen ist zu bestimmen, welche Support-Leistungen durch IVPNetworks angeboten werden sollen/müssen, auch hier ggf. in Ausbaustufen.

Einstellung: Eine Einstellung des Patienten ist grundsätzlich über unterschiedliche Wege möglich. Innerhalb des Versorgungsvertrages können *Hausärzte, Psychiater/Nervenärzte und Psychotherapeuten einstellen*.

Aufnahme: Eine Aufnahme des Patienten ist nur durch einen Neurologen/Psychiater/Nervenarzt möglich. Dieser stellt nach einem *standardisierten Eingangsassessment* und ggf. weiteren apparativen und laborchemischen Untersuchungen die Diagnose, die zugleich das Zugangskriterium in die besondere Versorgung darstellt.

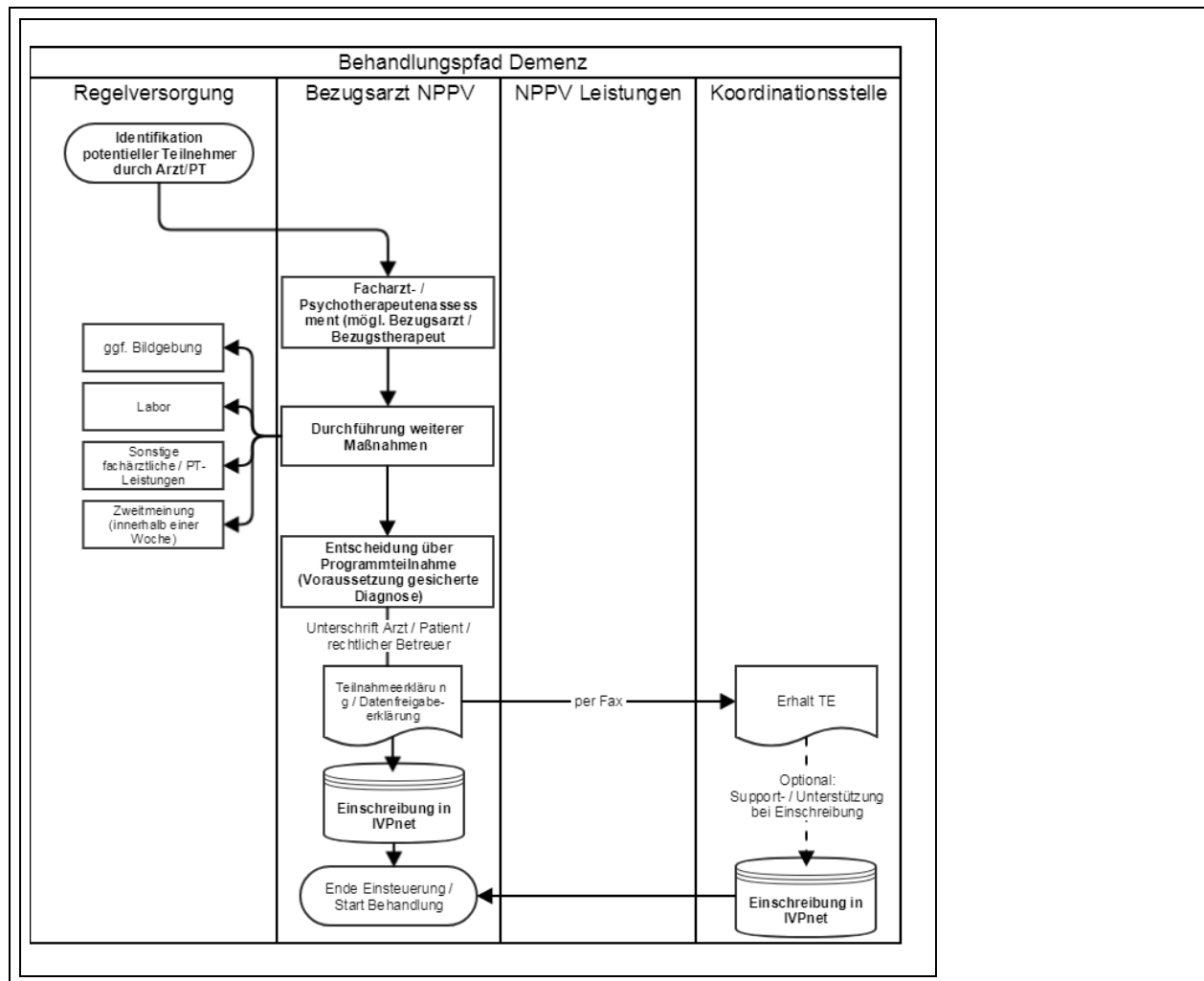
Behandlung: Der aufnehmende Arzt behandelt den Patienten je nach Erkrankungsform leitliniengerecht. Er wird dabei durch das IT-System mit entsprechenden Hinweisen unterstützt. Für die im Bedarfsfall erforderliche Behandlung von Komplikationen z.B. durch delirante Symptome stehen zusätzliche ärztliche Ressourcen einer *zeitnahen Verfügbarkeit (Krisengespräch)* und einer *intensivierten Behandlung* zur Verfügung. Zudem koordiniert der behandelnde Arzt als *Bezugsarzt* die weiteren Behandlungsmaßnahmen. Dazu werden Schnittstellen zu den komplexen Behandlungs- und Betreuungsangeboten anderer Leistungsanbieter gebildet und *zusätzliche Gruppenangebote für Angehörige* vorgehalten. Der Arzt kann sich einer *Support-Struktur bei der Einleitung und Umsetzung der komplexen Behandlungselemente* bedienen.

Sämtliche Maßnahmen werden IT-unterstützt umgesetzt. Durch Support-Strukturen werden verbindliche regionale Netzwerke gebildet, in denen vertraglich festgelegt wird, wer welche Leistungsmodule innerhalb der besonderen Versorgung übernimmt.

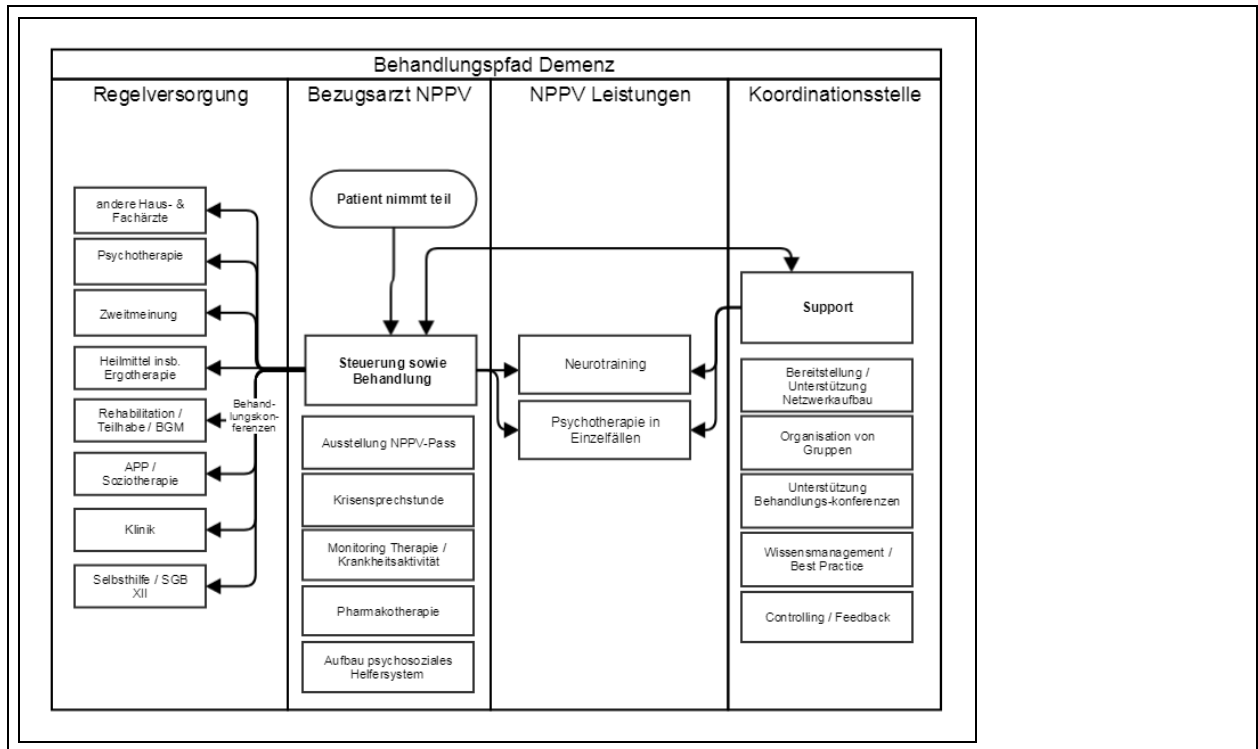
(1) S3-Behandlungsleitlinie Demenzen, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), 2015

(2) Ramirez A, Wolfsgruber S, Lange C, Kaduszkiewicz H, Weyerer S, Werle J, Pentzek M, Fuchs A, Riedel-Heller SG, Luck T, Mösch E, Bickel H, Wiese B, Prokein J, König HH, Brettschneider C, Breteler MM, Maier W, Jessen F, Scherer M; AgeCoDe Study Group. Elevated HbA1c is associated with increased risk of incident dementia in primary care patients. J Alzheimers Dis. 2015;44(4):1203-12

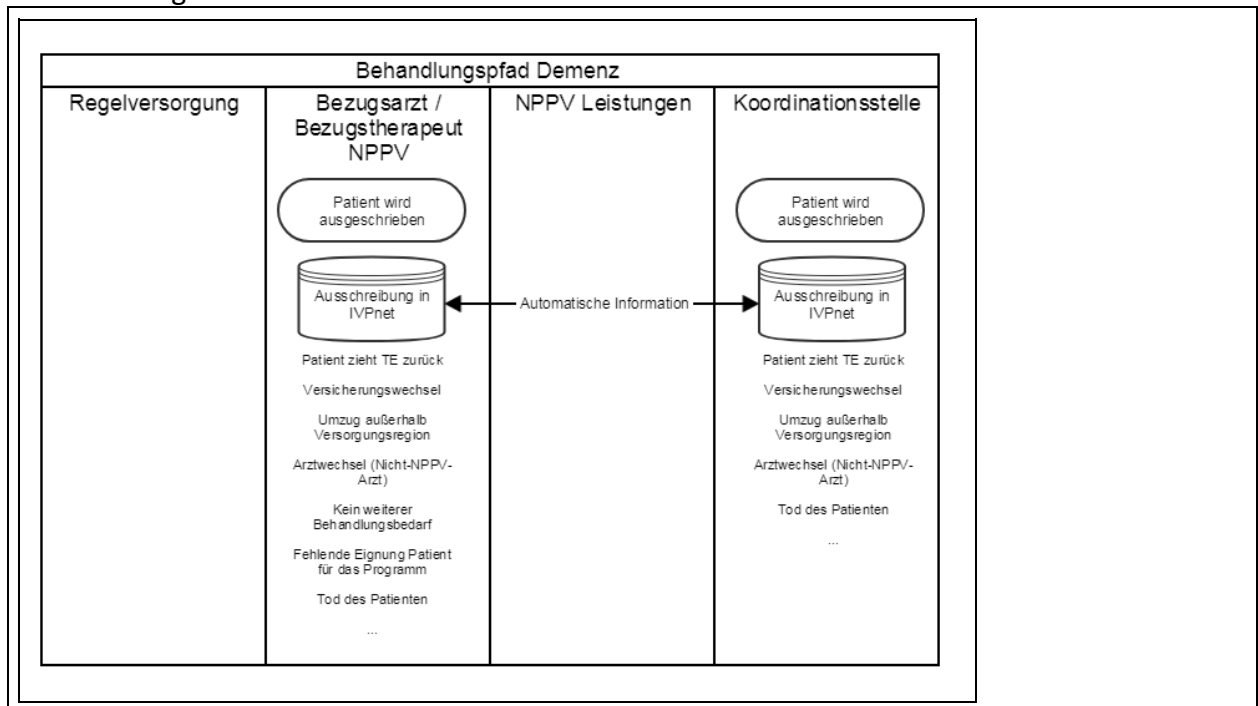
Einstellung



Versorgung



Aussteuerung



NPPV Behandlungspfad Multiple Sklerose (MS) G35

Einleitung

Die Therapie der MS beruht auf vier Säulen:

- Die Therapie des akuten Schubes (Kortison-Infusionen, Plasmapherese)
- Die Schubprophylaxe (Immuntherapien)
- Die symptomatische Therapie (Pharmakotherapie von Spastik, Schmerz, Blasenstörungen etc., sowie Heilmitteltherapie)
- Nicht-medikamentöse Komplextherapie/Multimodale Therapien/Rehabilitation

Die leitlinienbasierte Therapie hat in den letzten Jahren einen Paradigmenwechsel erfahren. Die pharmakologische Therapie richtet sich nunmehr nach der Aktivität der Erkrankung: Behandlungsziel ist nicht mehr nur Abnahme der Schubaktivität, sondern Freiheit von Schubaktivität, Krankheitsprogression, neuropsychologischen Komplikationen und MRT-Aktivität („0-Toleranz“). Neben entzündlichen Veränderungen spielen chronisch neurodegenerative Krankheitsprozesse auch schon in frühen Krankheitsstadien eine bedeutsame Rolle für spätere Behinderungen. Das Erkennen und die Beschreibung der Krankheitsaktivität setzen neben der klinischen Beobachtung auch neuropsychologische und radiologische Kontrollen voraus. Alle dafür in Frage kommenden medikamentösen Therapien sind in den letzten 5 Jahren zunehmend komplex geworden und erfordern ein besonderes Sicherheitsmonitoring. Insbesondere für die Behandlung mit monoklonalen Antikörpern sind in besonderem Maße räumliche und personelle Ressourcen notwendig.

Ziele der strukturierten MS-Versorgung sind:

- Gering mögliche Krankheitsaktivität und höchstmögliche Teilhabe
- Sicherstellung einer rationalen Ressourcenallokation durch Zu- und Einweisungsstandards
- Hohe Adhärenz durch Edukation
- Etablierung von Zweitmeinungen bei kritischen Entscheidungssituationen
- Maximale Arzneimittelsicherheit durch Monitoring

Zugang zu NPPV

Der Zugang zum strukturierten Versorgungsmodell kann über Hausärzte sowie alle Fachärzte und Psychotherapeuten im Netz erfolgen. Im Rahmen eines Stratifizierungsgespräches erfolgt die Anamnese und die Klärung des Behandlungsbedarfes sowie die Zuweisung zum Bezugsarzt. Bei der MS beinhaltet dies im Regelfall die Zuweisung zu Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Nervenheilkunde. Der Bezugsarzt muss ein Neurologe oder Nervenarzt mit MS-Erfahrung und/oder ausgewiesenem Schwerpunkt sein.

Struktur- und Prozessvoraussetzungen sind die Bereitschaft zur Durchführung von

- Akutsprechstunden
- MS-spezifische Diagnostik (Liquor, evozierte Potenziale)
- Ambulante Schubtherapie
- Einleitung und Überwachung von Immuntherapien

Sind diese Strukturvoraussetzungen nicht vorhanden, muss ein Neurologe oder Nervenarzt eng mit einem Neurologen mit MS-Schwerpunkt zusammenarbeiten, der die oben genannten Voraussetzungen erfüllt.

Diagnostik und Therapie

Der Bezugsarzt ist verantwortlich für die Information über die Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen dieses Versorgungskonzeptes, die Einleitung und Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, ggf. unter Hinzunahme weiterer Ärzte, Neuropsychologen, Psychotherapeuten und Kliniken, die Vermittlung und ggf. Koordination der Edukationsangebote sowie die Einleitung der supportiven und komplementären Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe.

Das fachärztliche Eingangsassessment beinhaltet:

- Akutanamnese, klinische Untersuchung und Formulierung einer (vorläufigen) Diagnose
- Entscheidung über notwendige diagnostische Maßnahmen
- Koordination von Untersuchungen anderer Fachrichtung, vor allem sehr zeitnahe MRT-Diagnostik, innerhalb von höchstens 5 Tagen
- Weiterführende differenzialdiagnostische Abklärung und Formulierung einer therapeutischen Empfehlung entsprechend der Leitlinien, einschließlich laborchemischer, elektrophysiologischer und ggf. weiterer neuroradiologischer Untersuchungen.
- Fachärztlicherseits muss auch eine neuropsychologische Evaluation erfolgen und ggf. eine spezielle neuropsychologische Diagnostik (entweder in der Facharztpraxis oder kooperativ durch eine zugelassene neuropsychologische Praxis) veranlasst werden. Nicht-somatische Komorbiditäten (Depression, Kognition, Fatigue) müssen erkannt und ggf. einer psychotherapeutischen Behandlung zugeführt werden
- Typische Krankheitsmerkmale an der Schnittstelle zu anderen somatischen Fachgebieten wie neuro-urologische und neuro-ophthalmologische Störungen werden einer interdisziplinären Behandlung zugeführt
- Unklare Fälle werden über ein 2. Meinungsverfahren einer Spezialambulanz zeitnah (innerhalb 1 Woche) vorgestellt

Der Zugang zu anderen Fachärzten (Ophtalmologe, Urologe, Radiologe, Kardiologe, Psychiater, Psychotherapeuten) erfolgt durch den Bezugsarzt nach Erfordernissen, die sich aus der Notwendigkeit einer fachübergreifenden Diagnostik und Therapie von Symptomen in anderen Organsystemen (Auge, Blase, Darm etc.) ergeben sowie aus der Notwendigkeit von Kontrollen im Rahmen der Immuntherapien. Affektive Symptome konfundieren mit neuropsychologischen Störungen und Fatigue. Die Diagnostik und Therapie leichter und mittelschwerer depressiver Symptome erfolgt in der Regel durch den Bezugsarzt. Bei schweren depressiven Symptomen und weiteren psychischen Begleiterkrankungen erfolgt eine Mitbehandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und/oder Psychotherapeuten.

Bei akutem MS-Schub ist i.d.R. eine Kortison-Stoßtherapie erforderlich. Diese erfolgt grundsätzlich aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und der Patientenorientierung ambulant. Allokationskriterien für eine Zuweisung bei MS-Schub in eine neurologische Klinik sind:

- Schwerer MS-Schub mit schweren Funktionsbeeinträchtigungen oder Immobilisation, die eine ambulante Infusionsbehandlung nicht möglich machen
- Schwerer MS-Schub mit Begleiterkrankungen, die eine ambulante Behandlung nicht möglich machen (z.B. bei Diabetes Mellitus)

Komplexe klinische Störungen können eine Einweisung in eine neurologische Klinik mit ausgewiesenem MS-Schwerpunkt erforderlich machen. Allokationskriterien hierfür sind:

- schwere Schübe mit inkompletter Rückbildung
- lebensbedrohliche Komplikationen wie PML, schwere Blutbildstörungen u.a.
- Unklare differentialdiagnostische Situationen

Eine Versorgung von MS-Kranken im fortgeschrittenen Stadium erfordert besonders häufig die Erbringung von Heilmittleistungen wie Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie und Logopädie. Dazu ist eine integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung durch ein ambulantes Behandlungsteam erforderlich. Wichtigste Aufgabe des Behandlungsteams ist es, Teilhabestörungen zu identifizieren und realistische Rehabilitationsziele zu formulieren. Daraufhin erstellt das Behandlungsteam einen Rehabilitationsplan. In regelmäßigen Fallkonferenzen werden die Fortschritte in Bezug auf das Erreichen der Rehabilitationsziele evaluiert und die Therapie angepasst. Heilmittleistungen ohne klare Zielsetzung werden abgesetzt. Das koordinierte teamintegrierte Vorgehen vermeidet eine Fehlallokation von Heilmittleistungen. Die Steuerung ermöglicht eine bessere Nutzung der verfügbaren Ressourcen dort, wo ihr Einsatz zur Besserung von Funktionsstörungen und Teilhabestörungen erfolgversprechend ist. Das breite Spektrum an neurologischen, neuropsychologischen und neuropsychiatrischen Krankheitsmerkmalen erfordert einen regelmäßigen Austausch zwischen den Leistungserbringern der ärztlichen und therapeutischen Disziplinen. Hier muss besonders den Verlaufsformen Rechnung getragen werden, für die keine medikamentöse Therapie zur Verfügung steht und vorrangig Übungstherapien zur Anwendung kommen (SPMS, PPMS, NMO, NMO-SD).

Insbesondere bei längerer Arbeitsunfähigkeit über sechs Wochen oder drohender Erwerbsminderung sowie bei teilhaberelevanten multimodalen Symptomen im Bereich Motorik und neuro-kognitiven, psychiatrischen und psychosozialen Krankheitsmerkmalen ist eine stationäre oder ambulante Therapie in einer Rehabilitationseinrichtung mit MS-Schwerpunkt oder einer Spezialklinik erforderlich.

Eine Zweitmeinung kann erforderlich sein bei unklarer Einschätzung der Verlaufsform oder unklarer Anwendung der Leitlinie in therapeutischen Entscheidungen sowie bei off-label-Therapien.

Eine besondere Beratungssituation ergibt sich bei speziellen Fragestellungen wie Kinderwunsch, Schwangerschaft, Stillen, Impfung, Berufswahl, Reisen ggf. auch unter Einbeziehung von Fachpersonal aus anderen Einrichtungen oder Spezialambulanzen.

Neue Behandlungsleistungen

Die **Krisensprechstunde** dient der Sofortversorgung von neu aufgetretenen neurologischen Symptomen. Sie bietet damit eine schnelle Möglichkeit zur Erkennung eines Krankheitsschubes und einer Schubbehandlung. Die Akutsprechstunde ist auch eine Maßnahme zur Vermeidung stationärer Behandlung. Die Leistungskomplexe einer solchen Akutsprechstunde sind im gegenwärtigen EBM bzw. HVM System z. T. nicht abgebildet.

Aufgaben in der Krisensprechstunde:

- Klärung von neuen Krankheitszeichen
- Erkennen eines Krankheitsschubes, „Pseudoschub“ (z.B. Uhthoff-Phänomen)
- Einleitung einer Schubtherapie
- Beurteilen von Therapiekomplicationen
- Versorgung von psychosozialen Komplikation mit Beeinträchtigung der Gestaltungsfähigkeit im täglichen Leben
- Übernahme aus dem Krankenhaus zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität
- Klärung von Arbeitsunfähigkeit bei AU-Dauer > zwei Wochen

Das **Monitoring von Krankheitsaktivität** beinhaltet die Überwachung der entzündlichen (neuroinflammatorischen) und neurodegenerativen Krankheitsaktivität anhand Schubaktivität und Krankheitsprogredienz unter besonderer Berücksichtigung neuropsychologischer Parameter anhand Anamnese, klinisch-neurologischer Parameter, MRT-Daten, neuropsychologischer Testungen etc..

Das **Monitoring der Immuntherapie** beinhaltet die Überwachung von Nebenwirkungen und Komplikationen einschließlich der Dokumentation, Blutkontrollen und die Koordination der fachübergreifenden Organkontrollen gemäß Leitlinie (Substanzspezifisch, PML etc.)

Das **Monitoring spezieller symptomatischer Therapien** beinhaltet z.B. die Überwachung von Gehgeschwindigkeiten bei Fampyra, oder bei speziellen Schmerztherapien und Spastik (Sativex) etc..

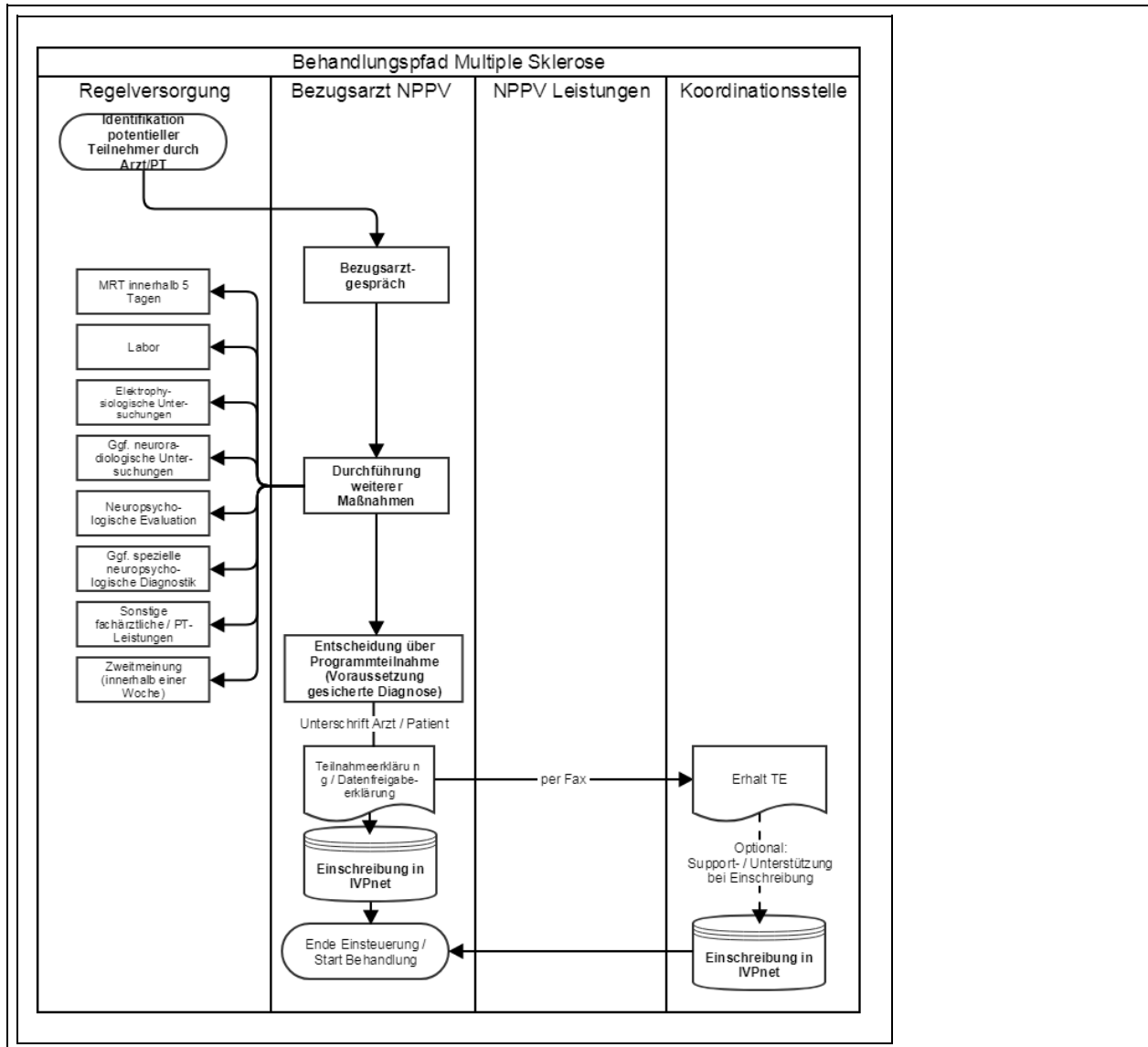
Neuroedukationskonzepte und spezifische Schulungsseminare mit therapeutischem Ansatz spielen eine zunehmende und unverzichtbare Rolle in der Behandlung von MS-Patienten. Diese in der Regel gruppentherapeutischen Angebote sollten im Netzwerk mit gezielter Zuweisung vorhanden sein.

Neuroedukationsangebote umfassen Informationen zu der Entstehung, Symptome, Diagnostik und Therapie der MS. Sie beinhalten insbesondere auch Informationen zu speziellen Symptomen und deren Therapie wie z.B. Blasenstörungen, kognitive Störungen, Fatigue etc., sowie sozialmedizinische Themen und Angebote zu Copingstrategien.

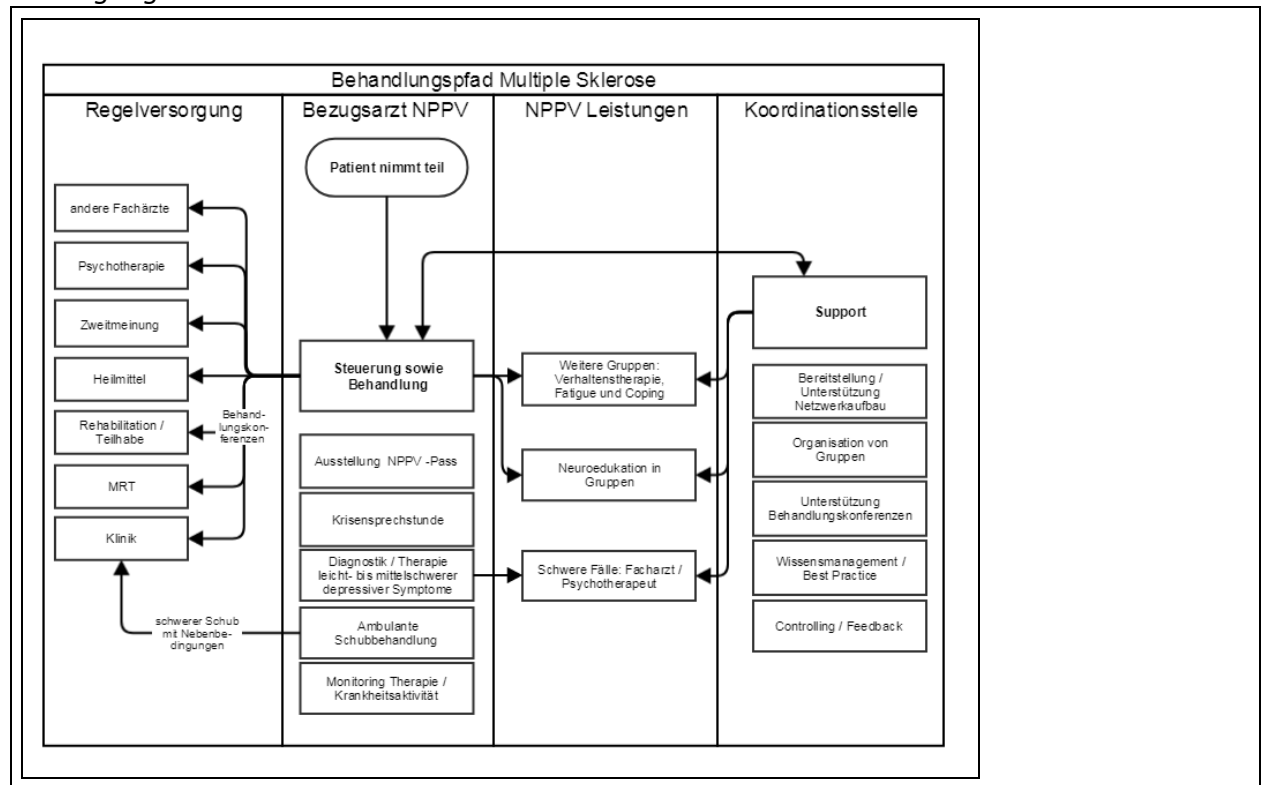
Schulungsseminare mit therapeutischem Charakter sollten in der Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten und Neuropsychologen angeboten werden, z.B. zu Fatigue und zu Copingstrategien.

Behandlungspfad (Schematische Darstellung)

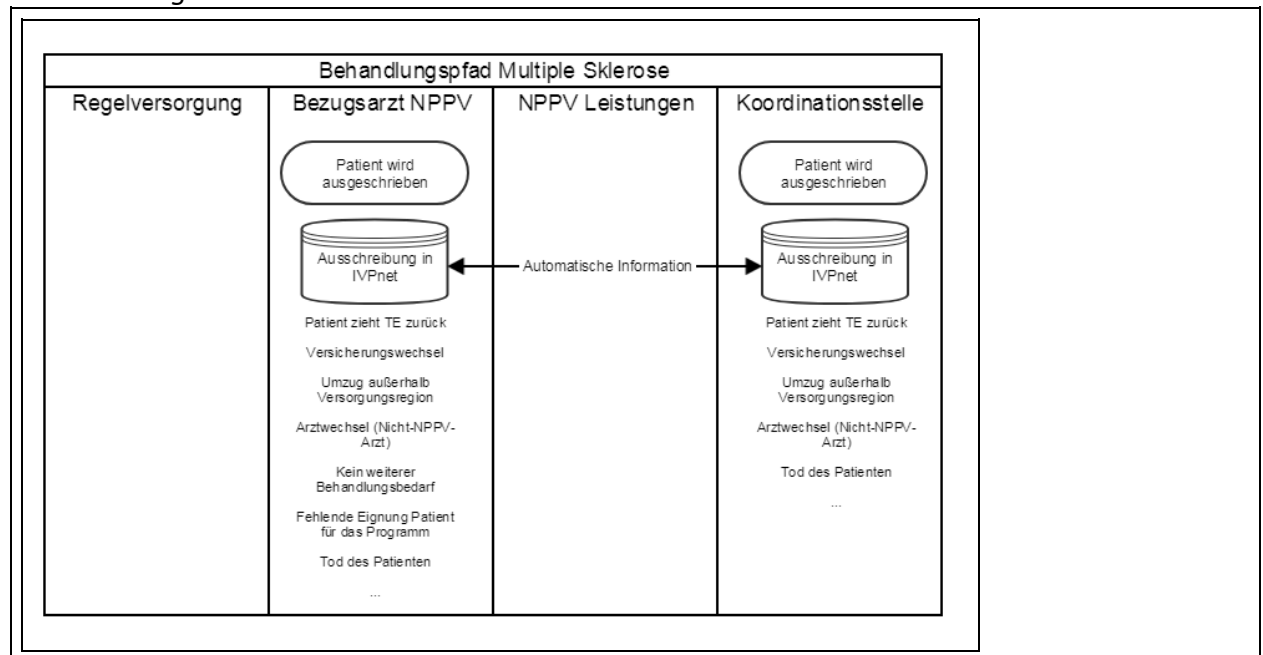
Einstellung



Versorgung



Aussteuerung



NPPV Behandlungspfad Morbus Parkinson G20-G22

Einleitung

Die Therapie des Parkinson-Syndroms beruht auf der speziellen medikamentösen Therapie des Dopaminstoffwechsels, sowie der symptomatischen Therapie (Tremor, Blasenstörungen, Kreislaufregulationsstörungen, Depression, Halluzinationen, etc., sowie Heilmitteltherapie) und der tiefen Hirnstimulation und nicht-medikamentöser Komplextherapie/Multimodaler Therapien/Rehabilitation.

Für die medikamentöse Therapie des Parkinson-Syndroms steht ein breites Spektrum an Substanzen zur Verfügung. Die Therapie des Parkinson-Syndroms sollte frühzeitig und altersangepasst erfolgen. Primäre Behandlungsziele sind in der Regel eine Verbesserung von motorischen, autonomen, kognitiven und psychopathologischen Symptomen. Übergeordnetes Ziel ist der Erhalt der Selbsthilfefähigkeit und das Vermeiden von Teilhabestörungen. Die medikamentöse Therapie der Parkinson-Syndrome erfordert besonders während der Neueinstellung und Umstellung eine sehr enge klinische Überwachung. Besondere Probleme in der Versorgung bereiten Komplikationen und Komorbiditäten, die ein spezielles Versorgungsmanagement erforderlich machen. Hierzu zählen die Entwicklung einer Demenz oder einer Depression, schwere andere neuropsychologische Komplikationen, Schluckstörungen und schwere Gleichgewichtsstörungen mit vermehrten Stürzen und Sturzkomplikationen.

Die Ziele der strukturierten Parkinson-Versorgung sind:

- Geringst mögliche Beeinträchtigung durch motorische, autonome, kognitive und psychopathologische Symptom und höchstmögliche Teilhabe .
- Die Sicherstellung einer rationalen Ressourcenallokation durch Zu- und Einweisungsstandards, insbesondere Verhinderung von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen einerseits und gezielte Zuweisung bei komplizierten Krankheitsverläufen zur Vermeidung von Komplikationen.
- Hohe Adhärenz durch Edukation
- Etablierung von Zweitmeinungen bei kritischen Entscheidungssituationen.
- Maximale Arzneimittelsicherheit durch Monitoring.

Zugang zu NPPV

Der Zugang zum strukturierten Versorgungsmodell kann über Hausärzte sowie alle Fachärzte und Psychotherapeuten im Netz erfolgen. Im Rahmen eines Stratifizierungsgespräches erfolgen die Anamnese und die Klärung des Behandlungsbedarfes sowie die Zuweisung zum Bezugsarzt. Beim Parkinson-Syndrom beinhaltet dies im Regelfall die Zuweisung zu Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Nervenheilkunde.

Der Bezugsarzt muss ein Neurologe oder Nervenarzt mit Erfahrung in der Behandlung von Bewegungsstörungen und/oder ausgewiesenem Schwerpunkt sein.

Struktur- und Prozessvoraussetzungen sind die Bereitschaft zur Durchführung von

- Standardisierter Dokumentation (Hoehn und Yahr, UPDRS, Timed-up-and-Go) Akutprechstunden
- Durchführung oder Veranlassung Parkinson-spezifischer Diagnostik (L-Dopa-Test, Datscan)
- Bereitschaft zur ambulanten Neueinstellung und Umstellung
- Management und Überwachung der nicht-medikamentösen Therapien (Heilmittel, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung)
- Überwachung komplexer Kombinationsbehandlungen
- Evaluation für operative Behandlungsverfahren

- Zusammenarbeit mit hochspezialisierten Zentren zur Einstellung und Steuerung von Neurostimulatoren

Diagnostik und Therapie

Der Bezugsarzt ist verantwortlich für die Information über die Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen dieses Versorgungskonzeptes, die Einleitung und Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, ggf. unter Hinzunahme weiterer Ärzte, Neuropsychologen, Psychotherapeuten und Kliniken, die Vermittlung und ggf. Koordination der Edukationsangebote sowie die Einleitung der supportiven und komplementären Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe.

Das fachärztliche Eingangsassessment beinhaltet:

- Akutananamnese, klinische Untersuchung und Formulierung einer (vorläufigen) Diagnose
- Entscheidung über notwendige diagnostische Maßnahmen
- Koordination von Untersuchungen anderer Fachrichtung
- Weiterführende differenzialdiagnostische Abklärung und Formulierung einer therapeutischen Empfehlung entsprechend der Leitlinien, einschließlich laborchemischer, elektrophysiologischer und ggf. weiterer neuroradiologischer und nuklearmedizinischer Untersuchungen.
- Fachärztlicherseits muss auch eine neuropsychologische Evaluation erfolgen und ggf. eine spezielle neuropsychologische Diagnostik (entweder in der Facharztpraxis oder kooperativ durch eine zugelassene neuropsychologische Praxis) veranlasst werden. Nicht-somatische Komorbiditäten (Depression, Demenz) müssen erkannt und ggf. einer psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung zugeführt werden
- Typische Krankheitsmerkmale an der Schnittstelle zu anderen somatischen Fachgebieten wie neuro-urologische und internistische Störungen werden einer interdisziplinären Behandlung zugeführt
- Unklare Fälle werden über ein 2. Meinungsverfahren einer Spezialambulanz zeitnah vorgestellt

Der Zugang zu anderen Fachärzten (Internist, Chirurg, Urologe, Radiologe, Kardiologe, Gastroenterologe/Neurogastroenterologe, Psychiater, Psychotherapeuten) erfolgt durch den Bezugsarzt nach Erfordernissen, die sich aus der Notwendigkeit einer fachübergreifenden Diagnostik und Therapie von Symptomen in anderen Organsystemen (Auge, Blase, Darm etc.) ergeben, sowie aus der Notwendigkeit von Kontrollen im Rahmen der speziellen Medikation für das Parkinson-Syndrom. Affektive Symptome konfundieren mit neuropsychologischen Störungen, vor allem mit demenziellen Störungen. Die Diagnostik und Therapie leichter und mittelschwerer depressiver Symptome erfolgt in der Regel durch den Bezugsarzt. Bei schweren depressiven Symptomen und weiteren psychischen Begleiterkrankungen erfolgt eine Mitbehandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und/oder Psychotherapeuten.

Bei einem Parkinson-Syndrom ist in der Mehrzahl der Fälle eine medikamentöse Therapie erforderlich. Diese erfolgt grundsätzlich aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und der Patientenorientierung ambulant. Allokationskriterien für eine Zuweisung bei Parkinson-Syndromen in eine neurologische Klinik sind:

- Ein schwer ausgeprägtes Parkinson-Syndrom mit schweren Funktionsbeeinträchtigungen oder Immobilisation, die eine ambulante Behandlung nicht möglich machen.
- Schwere Begleiterkrankungen, die eine ambulante Behandlung nicht möglich machen (z.B. bei Diabetes mellitus, schwere kardiale Erkrankung, psychiatrische Komorbidität).

Komplexe klinische Störungen können eine Einweisung in eine neurologische Klinik mit ausgewiesenem Schwerpunkt in der Behandlung von Parkinson-Syndromen erforderlich machen. Allokationskriterien hierfür sind:

- Schwer ausgeprägte Parkinson-Syndrome mit schlechtem Ansprechen auf eine medikamentöse Therapie
- Lebensbedrohliche Komplikationen wie ausgeprägte Hypokinesen
- Unklare differentialdiagnostische Situationen.

Eine Versorgung von Parkinson-Kranken im fortgeschrittenen Stadium erfordert besonders häufig die Erbringung von Heilmittelleistungen wie Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie und Logopädie. Dazu ist eine integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung durch ein ambulantes Behandlungsteam erforderlich. Wichtigste Aufgabe des Behandlungsteams ist es, Teilhabestörungen zu identifizieren und realistische Rehabilitationsziele zu formulieren. Daraufhin erstellt das Behandlungsteam einen Rehabilitationsplan. In regelmäßigen Fallkonferenzen werden die Fortschritte in Bezug auf das Erreichen der Rehabilitationsziele evaluiert und die Therapie angepasst. Heilmittelleistungen ohne klare Zielsetzung werden abgesetzt. Das koordinierte teamintegrierte Vorgehen vermeidet eine Fehlallokation von Heilmittelleistungen. Die Steuerung ermöglicht eine bessere Nutzung der verfügbaren Ressourcen dort, wo ihr Einsatz zur Besserung von Funktionsstörungen und Teilhabestörungen erfolgversprechend ist. Das breite Spektrum an neurologischen, neuropsychologischen und neuropsychiatrischen Krankheitsmerkmalen erfordert einen regelmäßigen Austausch zwischen den Leistungserbringern der ärztlichen und therapeutischen Disziplinen. Hier muss insbesondere den Verlaufsformen Rechnung getragen werden, für die medikamentöse Therapie weniger gut etabliert sind und vorrangig Übungstherapien zur Anwendung kommen (z.B. Multisystematrophien).

Bei jüngeren Patienten mit längerer Arbeitsunfähigkeit über sechs Wochen oder drohender Erwerbsminderung sowie bei teilhaberelevanten multimodalen Symptomen im Bereich Motorik und neuro-kognitiven, psychiatrischen und psychosozialen Krankheitsmerkmalen ist eine stationäre oder ambulante Therapie in einer Rehabilitationseinrichtung mit Schwerpunkt Bewegungsstörung oder einer Parkinson-Spezialklinik erforderlich.

Eine Zweitmeinung kann erforderlich sein bei unklarer Einschätzung der Verlaufsform oder unklarer Anwendung der Leitlinie in therapeutischen Entscheidungen sowie bei off-label-Therapien. Eine besondere Beratungssituation ergibt sich bei speziellen Fragestellungen wie KFZ-Tauglichkeit, Berufstätigkeit, Reisen ggf. auch unter Einbeziehung von Fachpersonal aus anderen Einrichtungen oder Spezialambulanzen.

Aufgaben in der Krisensprechstunde sind: Klärung von neuen Krankheitszeichen

- Erkennen von Krankheitsprogression
- Beurteilen von Therapiekomplikationen
- Versorgung von psychosozialen Komplikation mit Beeinträchtigung der Gestaltungsfähigkeit im täglichen Leben
- Übernahme aus dem Krankenhaus zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität
- Klärung von Arbeitsunfähigkeit bei AU-Dauer > zwei Wochen

Das Monitoring von Krankheitskomplikationen und Koordination multimodaler Behandlungsbedarfe

umfasst die Überwachung von Komplikationen im Krankheitsverlauf und Komorbiditäten und Koordination multimodaler Behandlungsbedarfe ggf. unter Einbeziehung einer Parkinson-Nurse, bzw. Praxisassistentin. Hierzu zählt die Beurteilung der posturalen Stabilität und die Evaluation vermehrter Stürze und die Einleitung und Überwachung spezifischer Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (Heil- und Hilfsmittel, Komplexbehandlung), das Erkennen von Schluckstörungen und die Einleitung spezifischer Therapien im Heilmittelbereich. Weiter auch das Erkennen und das Management von schweren neuropsychologischen Störungen und Demenzen mit Einleitung von komplextherapeutischen oder neuroedukativer Maßnahmen unter Einbeziehung der Angehörigen. Die Erkennung und das Management von affektiven Störungen einschließlich psychosozialer Teilhabestörungen und Einleitung therapeutischer und neuroedukativer Maßnahmen und die Durchführung von Hausbesuchen und Teilhabemanagement vor Ort (ärztlich, Parkinson-

Nurse).

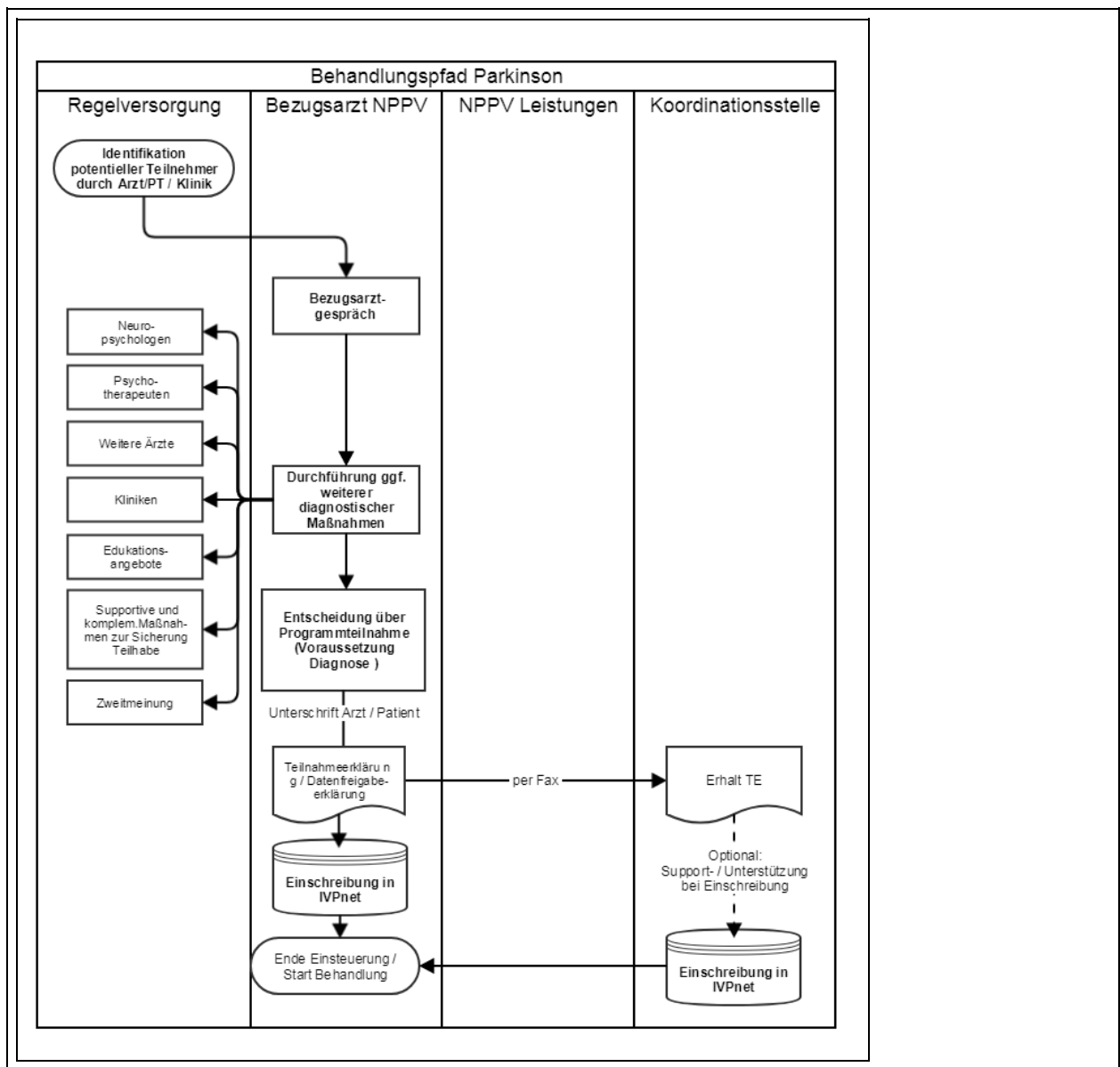
Die Telemedizinische Videoüberwachung ist eine effiziente Möglichkeit die Parkinsontherapie anhand der Beurteilung von Symptomschwankungen über den Tag und die Nacht im häuslichen Umfeld zu überwachen.

Die Einleitung und Evaluation für spezielle therapeutische Verfahren und neurochirurgische Behandlungen umfasst die Beurteilung und Klärung der Indikation für eine Pumpenimplantation oder eine tiefe Hirnstimulation in Kooperation mit einer neurochirurgischen Fachabteilung. Implantierte Stimulatoren werden überwacht und die Stimulationsfrequenz bedarfsweise angepasst.

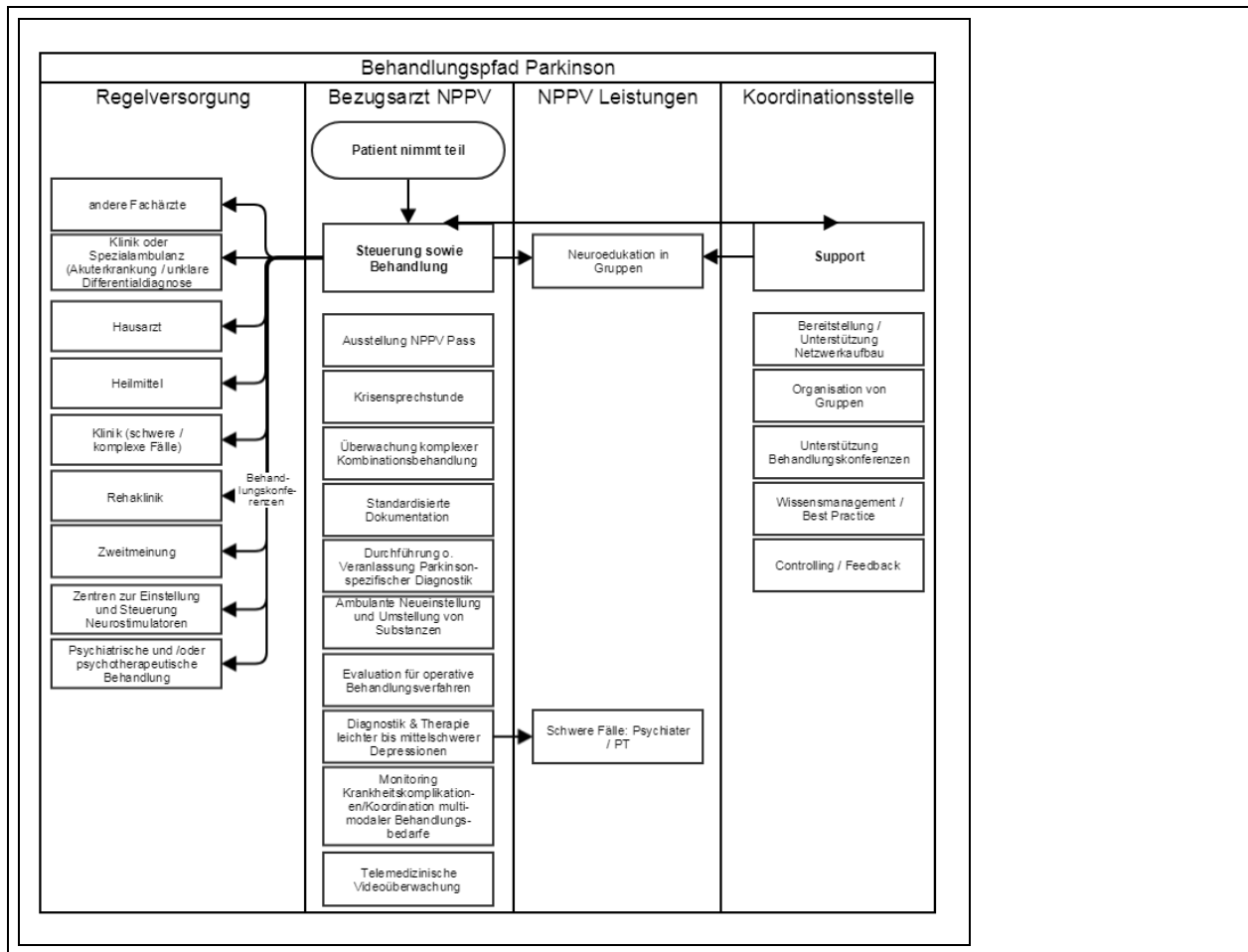
Neuroedukationskonzepte und spezifische Schulungsseminare mit therapeutischem Ansatz spielen eine zunehmende und unverzichtbare Rolle in der Behandlung von Parkinson-Patienten. Diese in der Regel gruppentherapeutischen Angebote sollten im Netzwerk vorhanden sein mit gezielter Zuweisung. Neuroedukationsangebote umfassen Informationen zu der Entstehung, Symptome, Diagnostik und Therapie der Parkinson-Krankheit. Sie beinhalten insbesondere auch Informationen zu speziellen Symptomen und deren Therapie wie z.B. Blasenstörungen, kognitive Störungen, Depression etc., sowie sozialmedizinische Themen und Angeboten zu Copingstrategien.

Behandlungspfad (Schematische Darstellung)

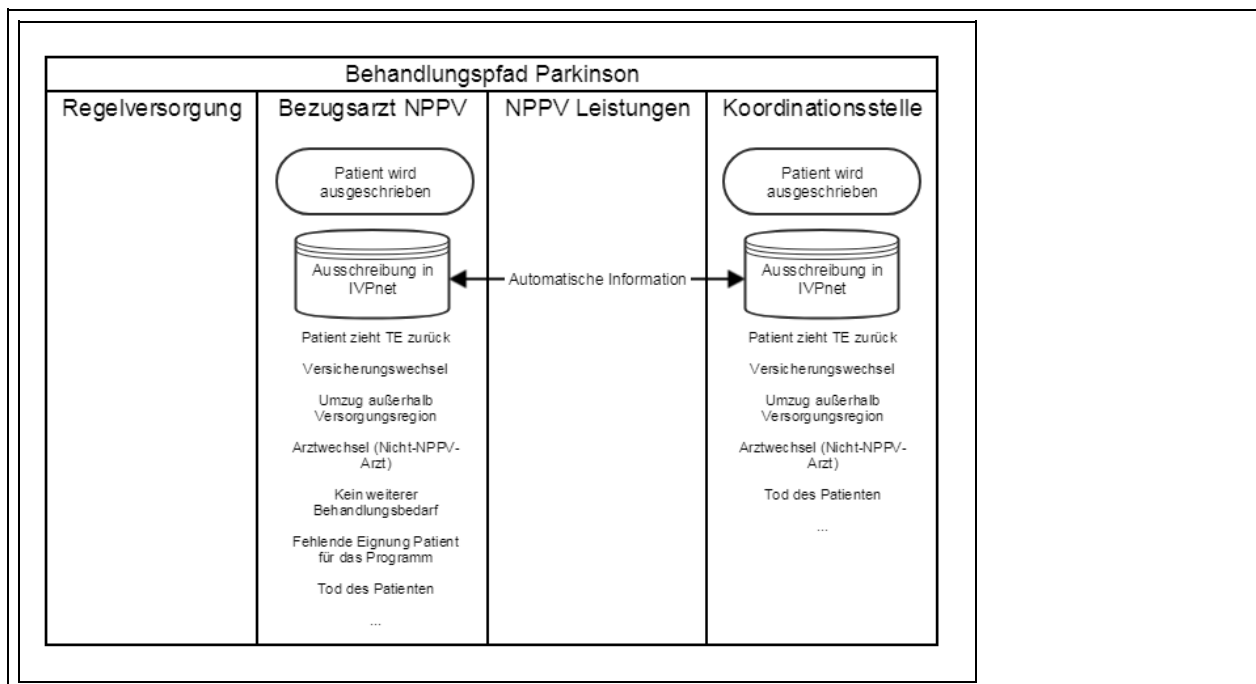
Einstellung



Versorgung



Aussteuerung



NPPV Behandlungspfad Schlaganfall I63, I64

Einleitung

In diesem Behandlungspfad werden für den Schlaganfall (ischämischer Hirninfarkt) und für die transitorisch ischämische Attacke (TIA) die Definitionen der S3-Leitlinie „Sekundärprophylaxe ischämischer Infarkte und transitorische ischämischer Attacken“ zugrunde gelegt.

Die Therapie des Schlaganfalls, der transitorisch ischämischen Attacke und der Hirnblutung beruht auf:

- a) Akuttherapie (Thrombolyse, Thrombektomie, frühe Sekundärprävention, Behandlung auf einer Schlaganfall-Spezialstation)
- b) Dauerhafte Sekundärprävention (Thrombozytenfunktionshemmer, orale Antikoagulation, Senkung des Rückfallrisikos durch konsequente Behandlung von Gefäßrisikofaktoren und individuelle Beratung zur Änderung des Lebensstils, „Life's simple 7“)
- c) der symptomatischen Therapie (Spastik, Schmerzen, Blasenfunktionsstörungen, Depression etc., sowie Heilmitteltherapie)
- d) nicht-medikamentöse Komplextherapie/Multimodale Therapien/Rehabilitation

Primäre Behandlungsziele beim akuten Schlaganfall und bei der transitorisch-ischämischen Attacke (TIA) sind die Wiederherstellung der zerebralen Perfusionsstörung und das Vermeiden bleibender neurologischer Ausfälle. Der akute Schlaganfall erfordert in der Regel eine Behandlung und Überwachung auf einer speziellen Schlaganfallstation. Primäres Ziel der Sekundärprävention ist das Vermeiden von weiteren zerebralen Durchblutungsstörungen, die Beratung zur Lebensstiländerung und die Behandlung von Schlaganfallsymptomen. Besondere Bedeutung haben dabei auch die psychosozialen Folgen eines Schlaganfalles, neuropsychologische Funktionsstörungen, Schlaganfalldepression und deren Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit im Alltag. Übergeordnetes Ziel ist der Erhalt der Selbsthilfefähigkeit und das Vermeiden von Teilhabestörungen.

Ziele der strukturierten Schlaganfall-Versorgung sind:

- Schnellstmögliche Akutversorgung und Zuweisung in einer Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit)
- Risikoadaptierte bestmögliche Sekundärprävention
- Aufklärung über den Einfluss vom Lebensstil auf Gefäßerkrankungen
- Gering mögliche Beeinträchtigung durch motorische, autonome, kognitive und psychopathologische Symptom und höchstmögliche Teilhabe
- Sicherstellung einer rationalen Ressourcenallokation durch Zu- und Einweisungsstandards
- Hohe Adhärenz durch Edukation
- Maximale Arzneimittelsicherheit durch Monitoring.

Zugang zu NPPV

In vielen Fällen kann die Aufnahme in die strukturierte Versorgung noch in der Akutklinik erfolgen. Für die Weiterversorgung des Schlaganfalls und der TIA kann der Zugang aber grundsätzlich auch über alle Ärzte und Psychotherapeuten im Netz erfolgen. Im Rahmen eines Erstaufnahmegespräches erfolgen die Anamnese und die Klärung des Behandlungsbedarfes sowie die Zuweisung zum verantwortlichen Koordinator. Nach einem Schlaganfall/TIA beinhaltet dies im Regelfall die Zuweisung zu Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Nervenheilkunde.

Der Koordinator erhält aus der Akutklinik Informationen über die Weiterversorgung. Er ist verantwortlich für die Weiterversorgung im Rahmen dieses Versorgungskonzeptes, die Einleitung und Durchführung weiterer (noch nicht erfolgter) diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, ggf. unter Hinzunahme weiterer Ärzte, Neuropsychologen, Psychotherapeuten und Kliniken, die Vermittlung und ggf. Koordination der Edukationsangebote sowie die Einleitung der supportiven und komplementären Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe.

Struktur- und Prozessvoraussetzungen sind die Bereitschaft zur Durchführung von

- Standardisierter Dokumentation (NIH-Stroke Skala, Barthel-Index etc)
- Akutprechstunden
- Hirngefäßdiagnostik (Duplex, TCD)
- Ambulanter Neueinstellung und Umstellung von Substanzen zur Sekundärprävention
- Überwachung komplexer Interaktionen
- Neuropsychologischer und neuropsychiatrischer Diagnostik

Sind diese Strukturvoraussetzungen nicht vorhanden, muss ein Neurologe oder Nervenarzt eng mit einem neurovaskulären Zentrum zusammenarbeiten, das die oben genannten Voraussetzungen erfüllt.

Diagnostik und Therapie

Das fachärztliche Eingangsassessment beinhaltet:

- Anamnese, klinische Untersuchung und Überprüfung der mitgeteilten Diagnose
- Umsetzung der Empfehlungen zur Weiterversorgung aus der Akutklinik
- Entscheidung über notwendige diagnostische Maßnahmen
- Koordination von Untersuchungen anderer Fachrichtungen
- Weiterführende differenzialdiagnostische Abklärung, wenn noch nicht erfolgt.

Fachärztlicherseits muss bedarfsabhängig auch eine neuropsychologische Evaluation erfolgen und ggf. eine spezielle neuropsychologische Diagnostik (entweder in der Facharztpraxis oder kooperativ durch eine zugelassene neuropsychologische Praxis) veranlasst werden.

Typische Krankheitsmerkmale an der Schnittstelle zu anderen somatischen Fachgebieten, insbesondere Herz-Kreislauferkrankungen, werden einer interdisziplinären Behandlung zugeführt

Überwachung der Sekundärprävention

Der Zugang zu anderen Fachärzten (Internist, Kardiologe, Urologe, Radiologe, Psychiater, Psychotherapeuten) erfolgt durch den Bezugsarzt nach Erfordernissen, die sich aus der Notwendigkeit einer fachübergreifenden Diagnostik und Therapie von Symptomen in anderen Organsystemen sowie aus der Notwendigkeit von Kontrollen im Rahmen der sekundär-präventiven Behandlung ergeben. Besonders bei geriatrischen Patienten und Patienten mit Komorbiditäten erfolgt eine sehr enge Zusammenarbeit mit dem Hausarzt.

Nach einem Schlaganfall/TIA ist in der Mehrzahl der Fälle eine medikamentöse Therapie erforderlich. Diese erfolgt grundsätzlich aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und der Patientenorientierung ambulant. Allokationskriterien für eine Zuweisung bei Schlaganfall/TIA in eine neurologische Klinik sind:

V.a. Akuterkrankung

Unklare Differenzialdiagnose, z.B. zerebrale Vaskulitis, Aneurysmen, AV-Malformationen.

Eine Versorgung von Patienten nach Schlaganfall erfordert besonders häufig die Erbringung von Heilmittelleistungen wie Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie und Logopädie. Dazu ist eine integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung durch ein ambulantes Behandlungsteam erforderlich. Wichtigste

Aufgabe des Behandlungsteams ist es, Teilhabestörungen zu identifizieren und realistische Rehabilitationsziele zu formulieren. Daraufhin erstellt das Behandlungsteam einen Rehabilitationsplan. In regelmäßigen Fallkonferenzen werden die Fortschritte in Bezug auf das Erreichen der Rehabilitationsziele evaluiert und die Therapie angepasst. Heilmittelleistungen ohne klare Zielsetzung werden abgesetzt. Das koordinierte teamintegrierte Vorgehen vermeidet eine Fehlallokation von Heilmittelleistungen. Die Steuerung ermöglicht eine bessere Nutzung der verfügbaren Ressourcen dort, wo ihr Einsatz zur Besserung von Funktionsstörungen und Teilhabestörungen erfolgversprechend ist. Das breite Spektrum an neurologischen, neuropsychologischen und neuropsychiatrischen Krankheitsmerkmalen erfordert einen regelmäßigen Austausch zwischen den Leistungserbringern der ärztlichen und therapeutischen Disziplinen, in Abhängigkeit des Störungsmusters unter Einbeziehung von Neuropsychologen und Psychotherapeuten.

Bei jüngeren Patienten mit längerer Arbeitsunfähigkeit über sechs Wochen oder drohender Erwerbsminderung sowie bei teilhaberelevanten multimodalen Symptomen im Bereich Motorik und neuro-kognitiven, psychiatrischen und psychosozialen Krankheitsmerkmalen ist eine stationäre oder ambulante Therapie in einer Rehabilitationsklinik erforderlich.

Eine Zweitmeinung kann erforderlich sein bei unklarer Differenzialdiagnose von wiederkehrenden zerebralen Durchblutungsstörungen oder bei unklarer Anwendung der Leitlinie in therapeutischen Entscheidungen sowie bei off-label-Therapien. Eine besondere Beratungssituation ergibt sich bei speziellen Fragenstellungen wie KFZ-Tauglichkeit, Berufstätigkeit, Reisen ggf. auch unter Einbeziehung von Fachpersonal aus anderen Einrichtungen oder Spezialambulanzen.

Neue Behandlungsleistungen

Die Krisensprechstunde dient der Sofortversorgung von neu aufgetretenen neurologischen Symptomen oder Therapiekomplikationen. Sie bietet damit eine schnelle Möglichkeit zur Erkennung eines akuten Schlaganfalls. Die Akutsprechstunde ist auch eine Maßnahme zur Vermeidung stationärer Behandlung. Die Leistungskomplexe einer solchen Akutsprechstunde sind im gegenwärtigen EBM bzw. HVM System z. T. nicht abgebildet.

Aufgaben in der Krisensprechstunde:

- Klärung von neuen Krankheitszeichen
- Erkennen eines akuten Schlaganfalls
- Beurteilen von Therapiekomplikationen
- Versorgung von psychosozialen Komplikation mit Beeinträchtigung der Gestaltungsfähigkeit im täglichen Leben
- Übernahme aus dem Krankenhaus zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität
- Klärung von Arbeitsunfähigkeit bei AU-Dauer > zwei Wochen

Im Rahmen des erweiterten Betreuungsangebotes wird die Überwachung der bestehenden Sekundärprävention unter Abwägung von Nutzen und Risiken verstärkt. Die Neueinstellung und Anpassung der Sekundärprävention und die Behandlung von Gefäßrisikofaktoren, sowie der vaskulären Komorbiditäten werden in enger Kooperation mit Hausärzten, Psychologen und Psychotherapeuten erfolgen. Die Bestandsaufnahme der Lebensstil abhängigen Risikofaktoren, die Beratung zur Änderung des Lebensstil (Blutzucker, Blutfette, Blutdruck, Ernährung, Gewicht, körperliches Training, Nikotinverzicht (Life's simple 7)) findet in der erweiterten Sprechstunde statt. Die Häufigkeit der Besuche in der Sprechstunde richtet sich nach der Behandlungsnotwendigkeit und kann niederfrequent zwischen 1x/3 Monate und 1x/Jahr liegen.

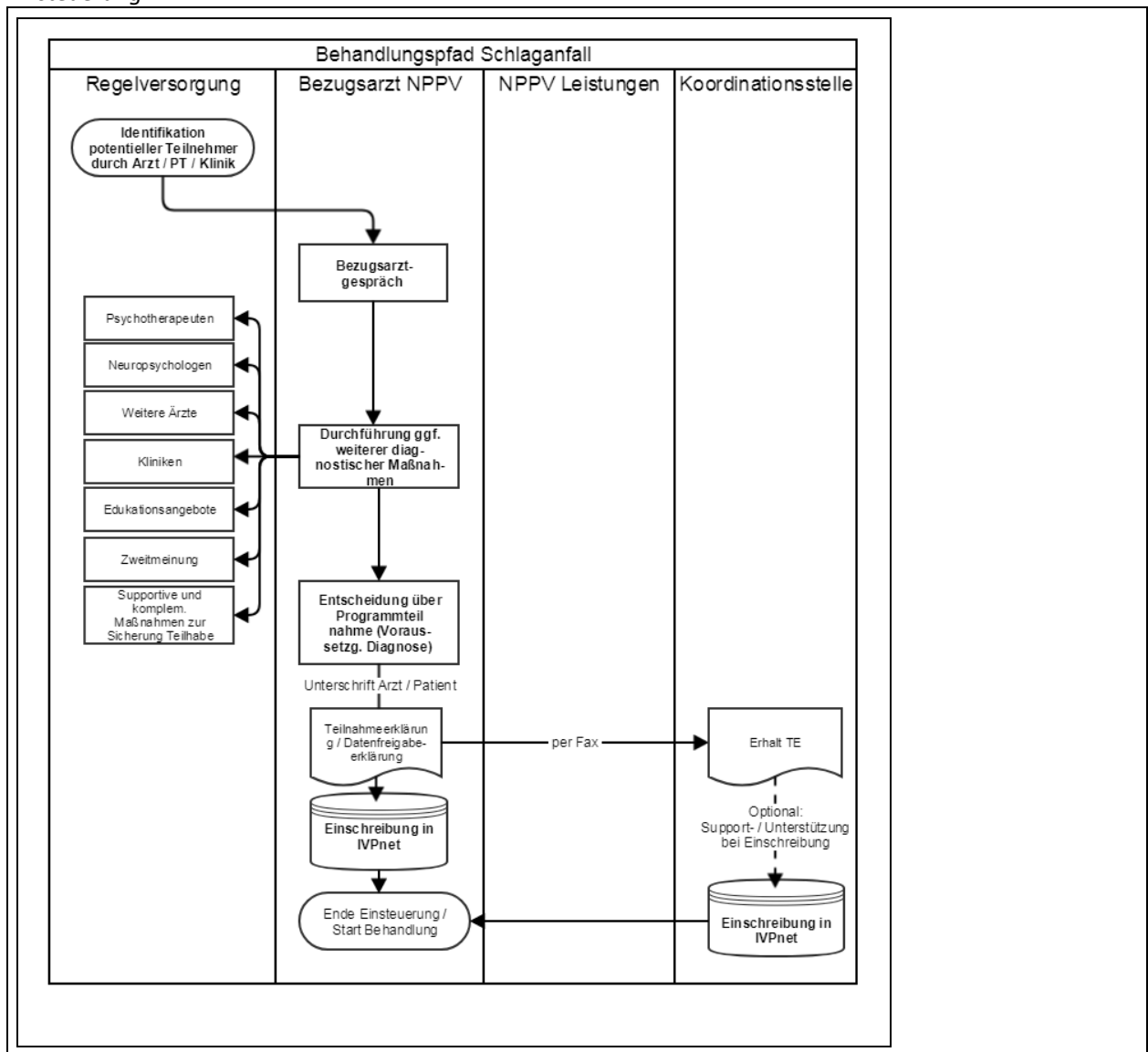
Das **Monitoring der Hirndurchblutung** beinhaltet die Überwachung der Hirndurchblutung unter besonderer Berücksichtigung der Zwischenanamnese, klinisch-neurologischer Parameter, Ultraschall, MRT-Daten, ggf. auch neuropsychologischer Testungen.

Das **Monitoring spezieller neurovaskulärer Symptome und symptomatischer Therapien** beinhaltet die Überwachung von Nebenwirkungen und Komplikationen einschließlich der Dokumentation, Blutkontrollen und die Koordination der fachübergreifenden Organkontrollen gemäß der Leitlinienempfehlung. Verlaufskontrolle von kognitiven und affektiven Symptomen und deren Auswirkung auf das Verhalten.

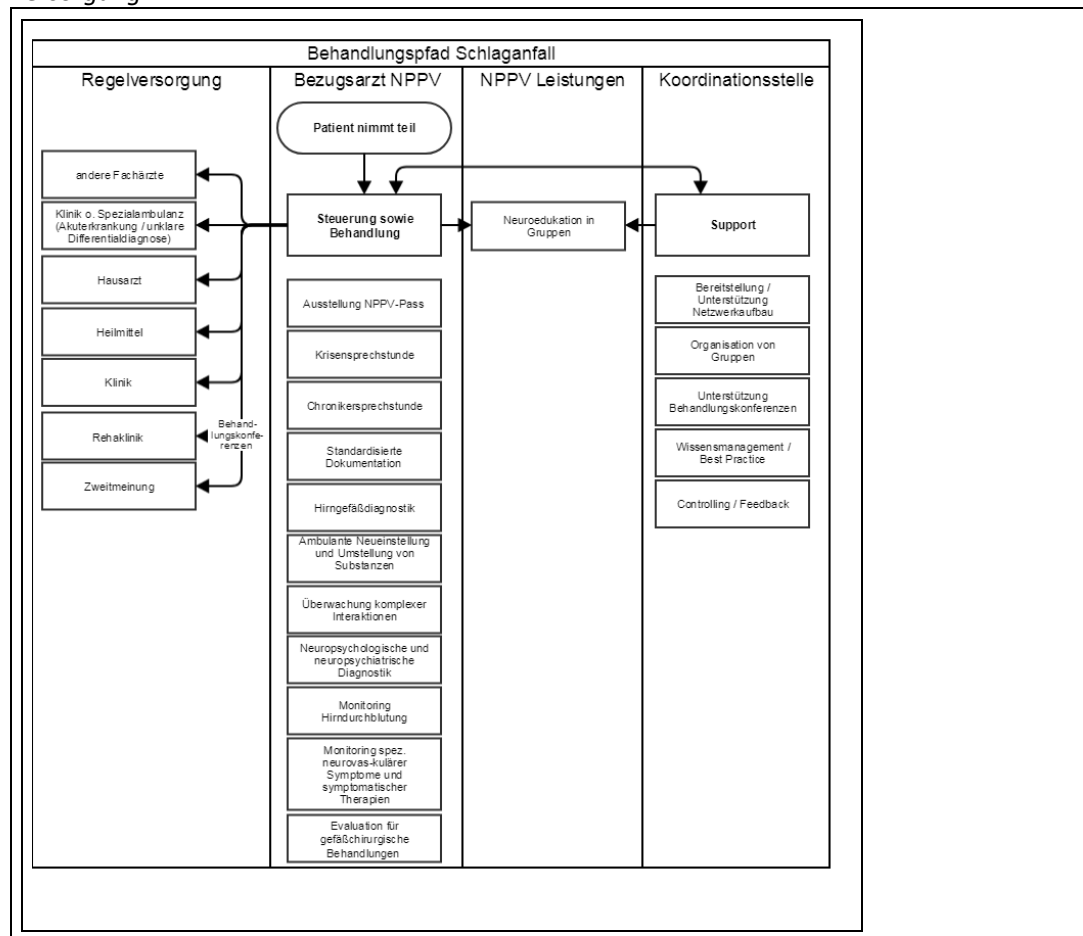
Die **Evaluation für gefäßchirurgische Behandlung** umfasst die Beurteilung und Klärung von Hirngefäßerkrankungen mit Ultraschall und die Indikationsstellung für eine operative oder endovaskuläre Behandlung.

Neuroedukationskonzepte und spezifische Schulungsseminare mit therapeutischem Ansatz spielen eine zunehmende und unverzichtbare Rolle in der Behandlung von Schlaganfall-Patienten. Diese in der Regel gruppentherapeutischen Angebote sollten im Netzwerk mit gezielter Zuweisung vorhanden sein. Neuroedukationsangebote umfassen Informationen zu der Entstehung, Symptome, Diagnostik und Therapie von Hirngefäßerkrankungen. Sie beinhalten insbesondere auch Informationen zu speziellen Symptomen und deren Therapie wie z.B. Blasenstörungen, kognitive Störungen, Depression (post-stroke depression) etc., sowie sozialmedizinische Themen und Angebote zu Copingstrategien.

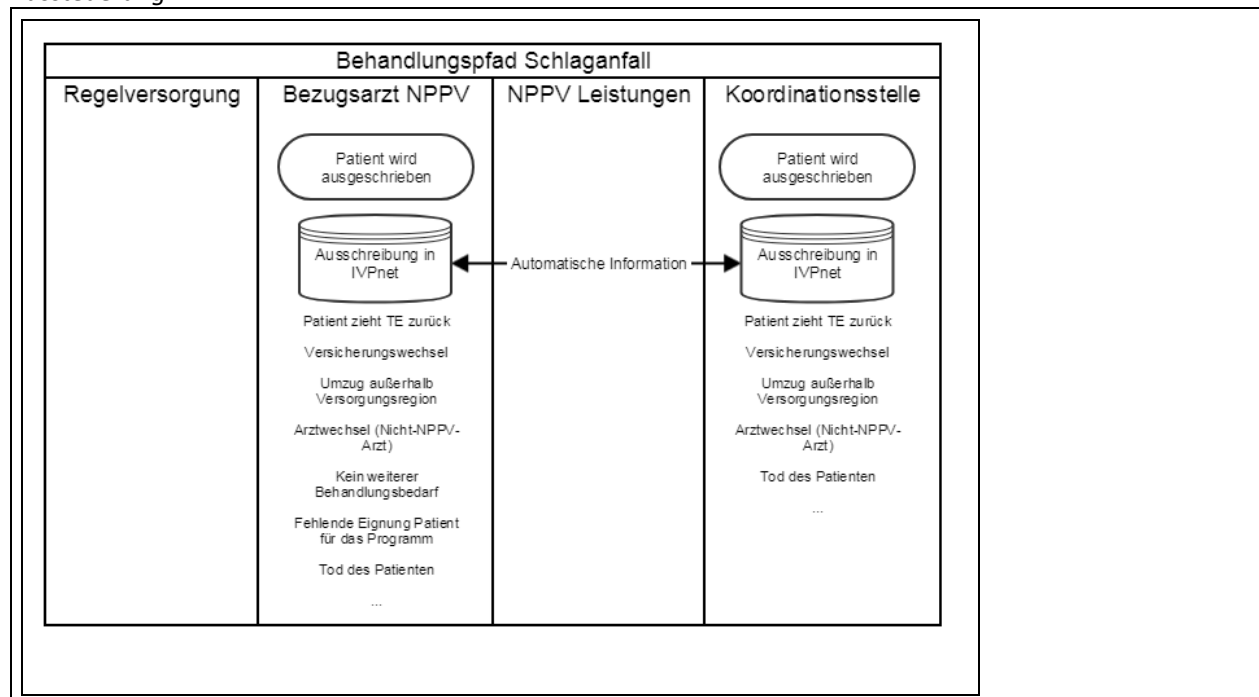
Behandlungspfad (Schematische Darstellung)
Einstellung



Versorgung



Aussteuerung



NPPV Behandlungspfad Bipolare Störungen F30, F31

Einleitung

Bipolare Störungen oder manisch-depressive Erkrankungen zeichnen sich durch ausgeprägte Schwankungen im Antrieb, im Denken und in der Stimmungslage einer Person aus. So durchleben Menschen mit Bipolaren Störungen depressive Phasen und Phasen euphorischer oder ungewöhnlich gereizter Stimmung. Letztere gehen mit einem deutlich gesteigerten Antrieb einher. Sind diese Phasen schwach ausgeprägt, spricht man von hypomanen, in voller Ausprägung von manischen Episoden. Bei schweren Manien kommen Symptome (Krankheitszeichen) einer Psychose hinzu, zum Beispiel Größenwahn oder Verfolgungswahn. Bei einer hypomanen Episode kommt es an vier aufeinander folgenden Tagen zu einer ungewöhnlich gehobenen oder gereizten Stimmung. Mindestens drei der folgenden Merkmale liegen außerdem vor: gesteigerte Aktivität, Unruhe, Gesprächigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, vermindertes Schlafbedürfnis, Steigerung der Libido (Liebeslust), leichtsinniges Verhalten, gesteigerte Geselligkeit. Zeitweise können auch Kreativität und Leistungsvermögen deutlich über dem normalem Level liegen. Die Symptome sind nicht so stark ausgeprägt, dass es zu sozialen Konsequenzen wie Arbeitsplatzverlust oder Ausgrenzung kommt.

Bei einer manischen Episode ist die Stimmung für mindestens eine Woche ungewöhnlich gehoben oder auch gereizt und die Symptome stellen eine schwere Beeinträchtigung der Lebensführung dar. Zunächst kann eine manische Phase aber auch eine gesteigerte Leistungsfähigkeit mit sich bringen.

Es müssen mindestens drei der folgenden Merkmale vorliegen: gesteigerte Aktivität, Ruhelosigkeit, Rededrang, Ideenflucht (ständiges schnelles Reden mit abrupten Sprüngen von Thema zu Thema), das Gefühl, dass die Gedanken rasen, Verlust sozialer Hemmungen, vermindertes Schlafbedürfnis, überhöhte Selbsteinschätzung, Ablenkbarkeit, ständiger Wechsel von Aktivitäten, tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten, gesteigerte Libido (1).

Bipolare Störungen treten mit einer Lebenszeitprävalenz (d. h. die Anzahl der bestehenden Erkrankungsfälle über den Lebensverlauf im Verhältnis zur Anzahl der Personen in der Bevölkerung in der gleichen Zeiteinheit) von etwa 3% häufiger auf als früher angenommen. Werden die sogenannten Bipolar-Spektrumserkrankungen mit berücksichtigt, so ist von einer Lebenszeitprävalenz von etwa 5% auszugehen. Die Inzidenz (d. h. die Neuerkrankungen) betrugen in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe junger Menschen (bei Einschluss zwischen 14 und 24 Jahre alt) in einer Zeit von 10 Jahren kumulativ 2,9 % für manische, 4,0 % für hypomanische, 29,4 % für depressive und 19,0 % für subdepressive Episoden. Unipolar depressive und bipolare Erkrankungen begannen somit häufig bereits im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter (2).

Die Frage nach den Ursachen für die Entstehung Bipolarer Störungen kann derzeit nicht abschließend beantwortet werden. Wahrscheinlich ist eine multifaktorielle Genese. Neben einer relativ starken genetischen Komponente, welche wahrscheinlich Grundlage einer erhöhten Suszeptibilität (d. h. Sensibilität) für die Erkrankung ist, spielen Umwelteinflüsse (u.a. stress-vermittelt) und Persönlichkeitscharakteristika eine entscheidende Rolle. Auch wenn zum Teil detaillierte Befunde einzelner Mechanismen bekannt sind, lässt sich ein die verschiedenen Forschungsergebnisse integrierendes ätiopathogenetisches Modell der Bipolaren Störungen nicht ableiten (2).

Bipolare Erkrankungen gehen mit einer hohen Rezidivrate einher, wobei der Verlauf individuell sehr variabel ist. Ein größerer Teil der Patienten erleidet einige wenige Phasen, immerhin rund 10 % erleben jedoch

mehr als 10 Episoden. Zudem zeigen viele Patienten eine Residualsymptomatik, die das Risiko für eine Wiedererkrankung zusätzlich erhöht und dauerhafte Beeinträchtigungen des sozialen Funktionsniveaus (auch im Sinne der „Behinderung“ gemäß dem deutschen Sozialrecht) bedeuten kann. Eine besonders schwerwiegende Form der Erkrankung ist das Rapid Cycling, welches durch einen schnellen Wechsel von Phasen verschiedenen Typs gekennzeichnet ist und bis zu 20 % der Patienten, vor allem Frauen, betrifft (2).

Bipolare Störungen haben sozioökonomische Auswirkungen: Gemäß WHO – Report 2000 gehören sie zu den 10 Erkrankungen, die weltweit am häufigsten zu andauernder Behinderung führen (wegen Suizidversuchen und Klinikaufenthalten). Genaue Erhebungen zu Kosten existieren auch aufgrund der hohen Dunkelzifferquote nicht (3).

Diagnostik

Die Diagnose der Schizophrenie erfolgt klinisch nach den operationalisierten Kriterien des ICD10. Zum Ausschluss anderer möglicherweise organischer Störungen werden insbesondere bei einer Erstmanifestation laborchemische und bildgebende Zusatzuntersuchungen durchgeführt, die je nach klinischem Bild im Verlauf ggf. wiederholt werden müssen. Oftmals ist die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung erst im Verlauf von anderen affektiven Störungen abzugrenzen. Die jeweilige Erkrankungsphase ist nach Art der affektiven Schwankung und Schweregrad gemäß ICD10 zu klassifizieren. An komorbiden psychiatrischen Störungen treten vorrangig Angst- und Abhängigkeitserkrankungen auf. Im Verlauf ist die regelmäßige Erhebung diagnostischer Befunde erforderlich, um frühzeitig Schwankungen feststellen zu können (2).

Therapie

Bei der Behandlung Bipolarer Störungen können kurzfristige und langfristige Ziele der Behandlung unterschieden werden. Kurzfristige Ziele betreffen insbesondere eine Reduktion der depressiven bzw. (hypo-)manischen Symptome (Akutbehandlung). Langfristige Ziele beinhalten u. a. die Reduktion bzw. Vermeidung weiterer affektiver Episoden (Phasenprophylaxe). Übergeordnetes Ziel einer jeden Behandlung muss die Aufrechterhaltung eines möglichst hohen psychosozialen Funktionsniveaus des Patienten sein, was dann wiederum in erheblichem Maße seine gesundheitsbezogene Lebensqualität bestimmt und die Möglichkeit adäquater sozialer Teilhabe wesentlich mitbestimmt. Mit wachsendem Wissensstand zur Behandlung Bipolarer Störungen, und des damit verbundenen Erkennens der Komplexität der Erkrankung, ist immer deutlicher geworden, wie wichtig es ist, die Akutbehandlung bereits unter Berücksichtigung einer gegebenenfalls notwendigen Phasenprophylaxe zu gestalten. Neben der akuten Symptomatik müssen dafür der anamnestiche Verlauf der Erkrankung sowie Risiko- bzw. prädiktive Faktoren für den weiteren Verlauf berücksichtigt werden. Risiko- bzw. prädiktive Faktoren, die den Verlauf der Erkrankung wesentlich beeinflussen können, sind u. a.:

- Anzahl anamnestischer Episoden (insbesondere solche mit schwergradiger Symptomatik)
- Suizidversuche in der Anamnese
- Komorbide psychische und somatische Erkrankungen
- Familienanamnese für affektive oder schizoaffektive Störungen
- Anamnestisches oder aktuelles Ansprechen auf Behandlungsversuche
- Selbstkompetenz/Potentiale des Patienten
- Soziale Einbindung des Patienten/Unterstützungssysteme.

Für die Auswahl der langfristigen Behandlung ist zudem von Bedeutung, ob es sich um eine Bipolare Störung mit manischen Episoden (Bipolar-I-Störung) oder mit „nur“ hypomanischen Episoden, dafür jedoch häufig mit vielen depressiven Episoden (Bipolar-II-Störung) handelt (2).

Therapieziele bei Behandlungsbeginn sind u. a.:

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen im Einvernehmen mit den Betroffenen
- Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte
- Verhinderung und Behandlung von Selbst- und Fremdgefährdung
- Zielvereinbarung
- Partizipative Entscheidungsfindung, dabei Berücksichtigung des gesamten Krankheitsverlaufs inklusive einer ggf. nötigen Phasenprophylaxe.

Die Entscheidung beeinflussende Faktoren sind u. a.:

- Vorliegen von akuter Eigen- oder Fremdgefährdung
- Schwere/Ausmaß der Symptomatik
- Soziales Umfeld des Patienten.

Behandlungsstrategie: Akutbehandlung und Phasenprophylaxe

Die Entscheidung beeinflussende Faktoren sind u. a.:

- Anzahl der vorhergehenden Episoden
- Positive Familienanamnese
- Suizidversuche in der Anamnese.

Behandlungsverfahren:

- Pharmakotherapie
- Psychotherapie
- Nicht-medikamentöse somatische Therapieverfahren (wie bspw. Lichttherapie oder EKT)
- Unterstützende Therapieverfahren (wie bspw. Ergotherapie, Kunst- und Musiktherapie)
- Selbstmanagement, Selbsthilfegruppen
- Kombinationen aus den oben genannten Verfahren.

Die Entscheidung beeinflussende Faktoren sind u. a.:

- Vorhergehende Phasen
- Phasenverlauf (Verhältnis depressiver zu (hypo-)manischen Phasen)
- Häufigkeit der auftretenden Phasen (bis zum Vorliegen von Rapid cycling)
- Akutbehandlung und/oder Phasenprophylaxe notwendig
- Soziales Unterstützungssystem
- Grad der Einschränkung in der Teilhabe inklusive berufliche/Erwerbssituation (2).

Grundsätzlich stehen also Maßnahmen der Akutbehandlung und der Phasenprophylaxe zur Verfügung, welche wiederum pharmakotherapeutische, psycho- und/oder sozialtherapeutische Verfahren beinhalten, die entweder ambulant, teilstationär und/oder stationär erbracht werden können.

Derzeitige Versorgungsprobleme

Innerhalb unseres Versorgungssystems gibt es vornehmlich Defizite im ambulanten Bereich. Während im teilstationären und stationären Bereich die Leistungsdichte auch im internationalen Vergleich groß ist und die Umsetzung der geforderten multiprofessionellen Komplexbehandlung längst realisiert ist, ist dies im ambulanten Bereich nicht oder nur unzureichend geschehen. Dies liegt an der Budgetierung zahlreicher

Leistungselemente der vertragsärztlichen Versorgung, an der fehlenden ambulanten Bereitstellung bestimmter Leistungen und an der fehlenden Vernetzung bestehender Leistungsangebote, die im Vergleich zu stationären Maßnahmen trägerübergreifend organisiert werden müssen.

An diesen Stellen setzt das Versorgungsprojekt der NPPV an. Es ermöglicht den teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten eine im Bedarfsfall intensivisierte ambulante Behandlung unter Einbezug zusätzlicher Behandlungsmodule insbesondere auf Gruppenbasis und vernetzt die Behandlungsleistungen und Leistungen anderer Kostenträger untereinander durch regionale Netzwerkbildung.

Ziel ist die Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen, um den Betroffenen eine Alternative zur stationären Behandlung anzubieten, den Versorgungsdruck auf die stationären Strukturen zu reduzieren und die ambulante Behandlungsqualität zu verbessern, damit sich die Lebensqualität der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds verbessert.

Behandlungspfad (Hervorhebungen: zusätzliche Module gegenüber der bisherigen Regelversorgung)

Der Behandlungspfad definiert, welche Versorgungsleistungen innerhalb der besonderen Versorgung und welche unverändert im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden. Die erst genannten Leistungen sind deshalb – ggf. in Ausbaustufen – zu bestimmen und mit einer Vergütungshöhe aus dem Innovationsfonds zu hinterlegen, zu den zuletzt genannten Leistungen muss die Schnittstelle bestimmt werden. Es muss definiert werden, wer (Qualifikation) welche Leistungen erbringen und wer welche Leistungen veranlassen kann. Darüber hinaus sind grundlegende Themen wie Einschreibekriterien und Dauer der Versorgung festzulegen.

Neben der Festlegung der konkreten Behandlungsleistungen ist zu bestimmen, welche Support-Leistungen durch IVPNetworks angeboten werden sollen/müssen, auch hier ggf. in Ausbaustufen.

Einstellung: Eine Einstellung des Patienten ist grundsätzlich über unterschiedliche Wege möglich. Innerhalb des Versorgungsvertrages können *Hausärzte, Psychiater/Nervenärzte und Psychotherapeuten einstellen*.

Aufnahme: Eine Aufnahme des Patienten ist nur durch einen Psychiater/Nervenarzt oder einen Psychotherapeuten möglich. Dieser stellt nach einem *standardisierten Eingangsassessament* die Diagnose, die zugleich das Zugangskriterium in die besondere Versorgung darstellt.

Behandlung: Der aufnehmende Arzt behandelt den Patienten je nach Erkrankungsphase leitliniengerecht. Er wird dabei durch das IT mit entsprechenden Hinweisen unterstützt. Für die im Bedarfsfall erforderliche intensivisierte Behandlung z.B. in der Akutphase stehen zusätzliche ärztliche Ressourcen einer zeitnahen Verfügbarkeit (Krisengespräch) und einer intensivierten Behandlung zur Verfügung. Zudem koordiniert der behandelnde Arzt als Bezugsarzt die weiteren Behandlungsmaßnahmen. Dazu werden Schnittstellen zu den komplexen Behandlungs- und Betreuungsangeboten anderer Leistungsanbieter gebildet und zusätzliche Gruppenangebote für Edukation, Kompetenztraining etc. vorgehalten. Der Arzt kann sich einer Support-Struktur bei der Einleitung und Umsetzung der komplexen Behandlungselemente bedienen.

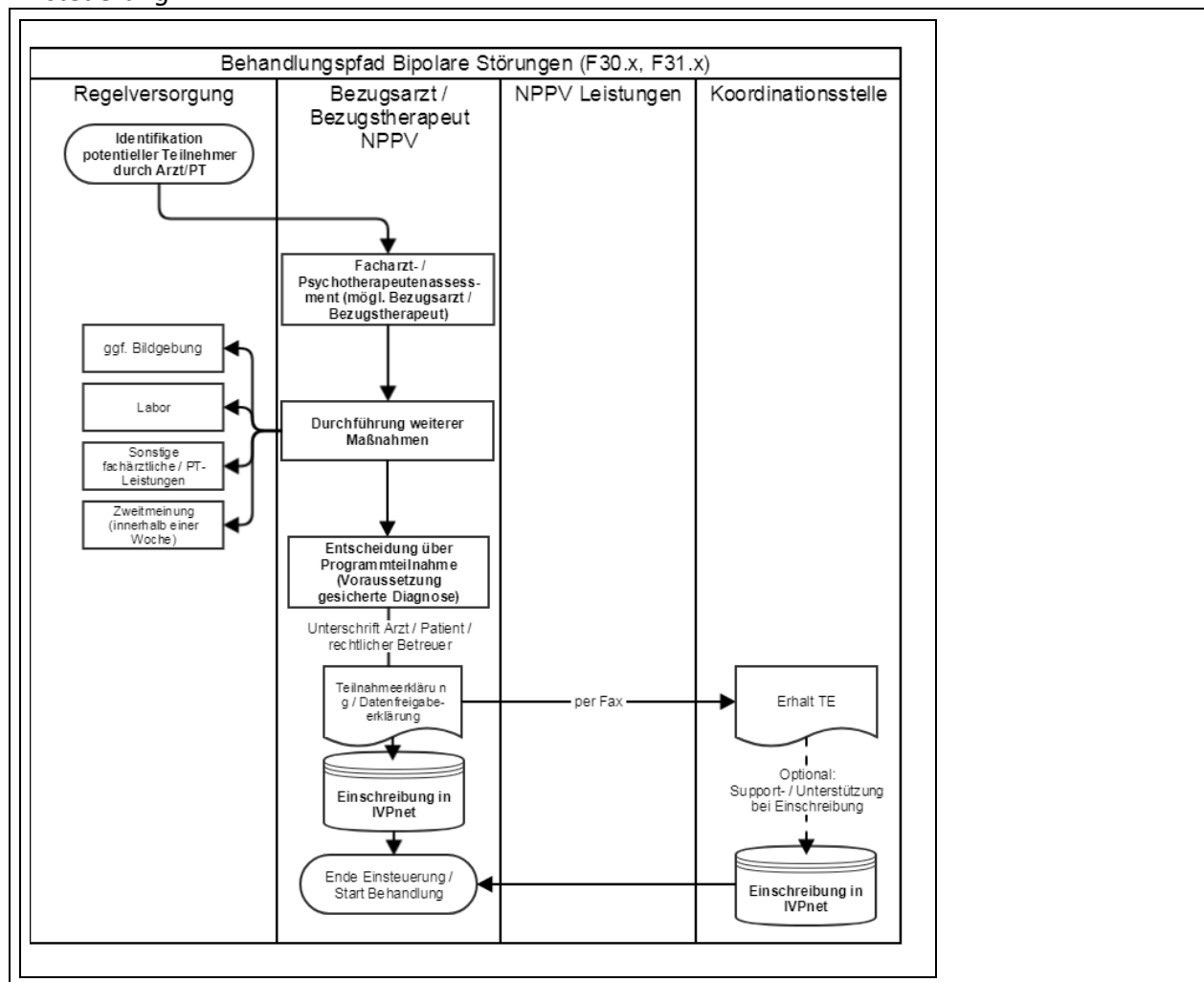
Sämtliche Maßnahmen werden IT-unterstützt umgesetzt. Durch Support-Strukturen werden verbindliche regionale Netzwerke gebildet, in denen vertraglich festgelegt wird, wer welche Leistungsmodule innerhalb der besonderen Versorgung übernimmt.

(1) <http://www.psychenet.de/psychische-gesundheit/informationen/bipolare-stoerungen.html>

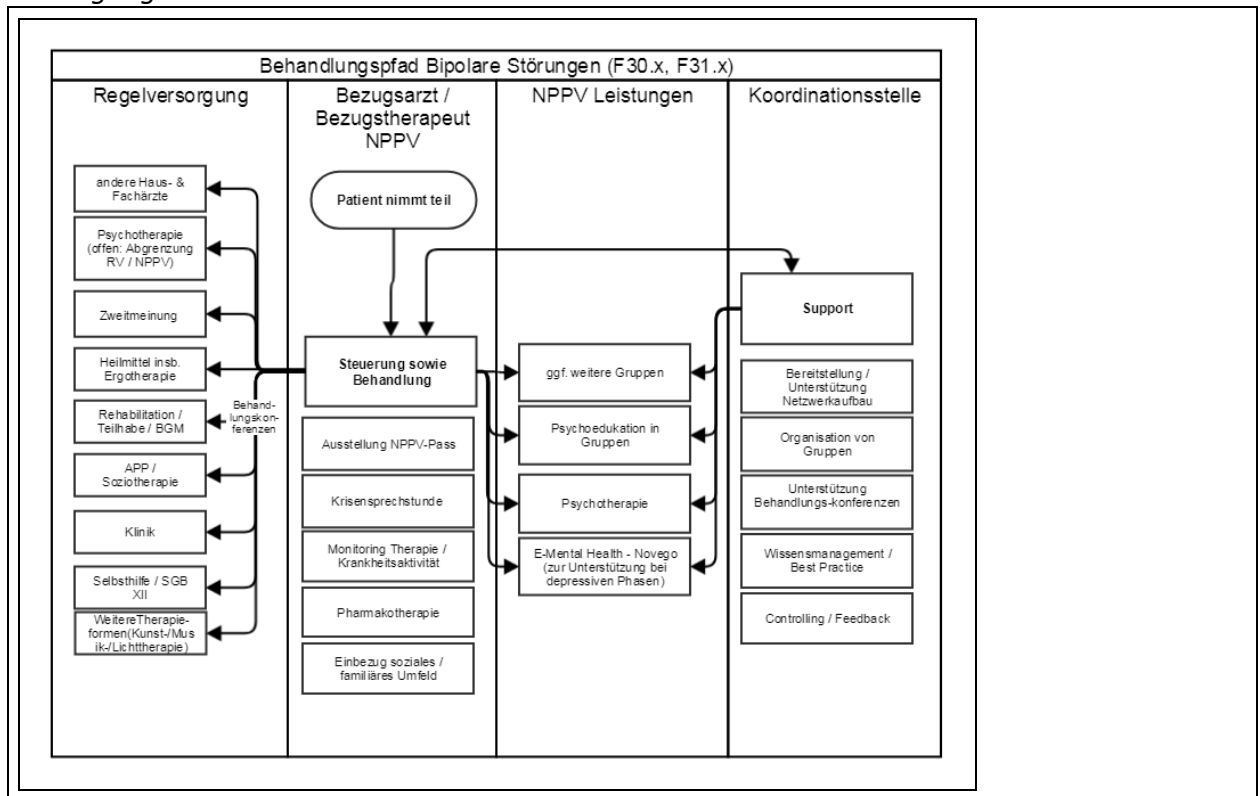
(2) S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen 1.0 Mai 2012

(3) Deutsche Gesellschaft für bipolare Störung (<http://www.dgbs.de/>)

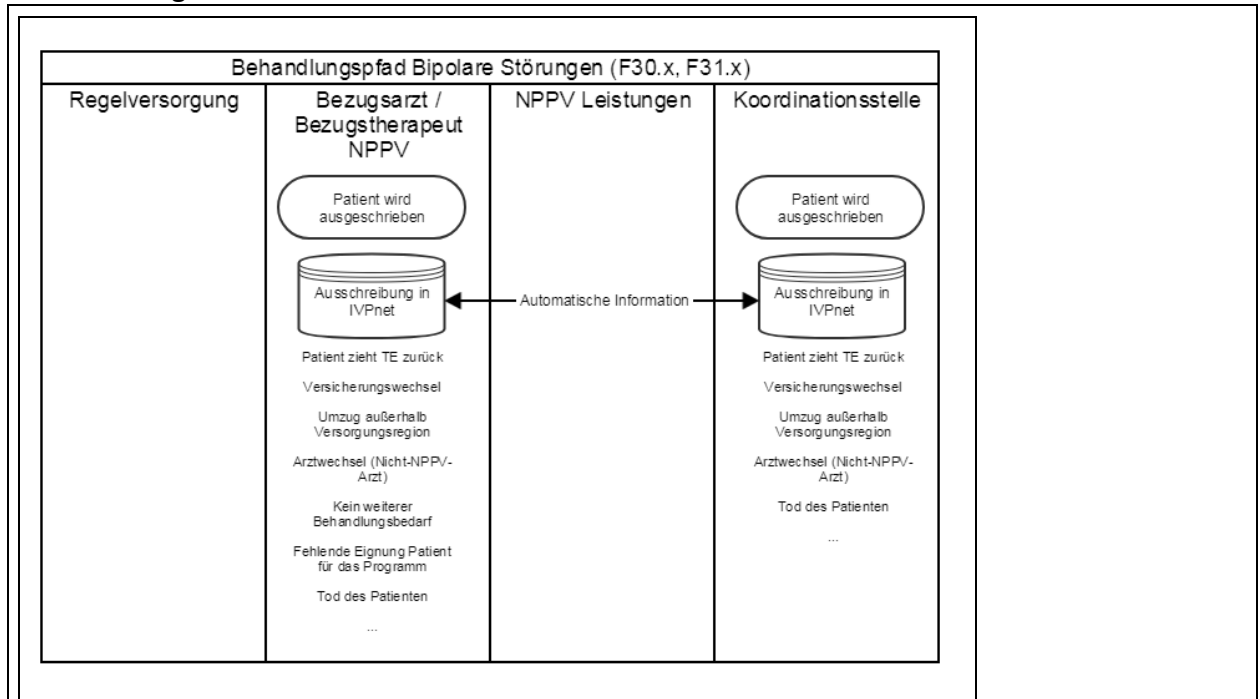
Einstellung



Versorgung



Aussteuerung



NPPV Behandlungspfad Depression F32, F33, F41.2

Einleitung

Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt (1).

Depressionen zählen zu den häufigsten, aber hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung meist unterschätzten Erkrankungen. Die Anzahl neuer Erkrankungsfälle innerhalb eines Jahres, die so genannte Jahresinzidenz, liegt bei ein bis zwei Erkrankungen auf 100 Personen. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression (alle Formen) zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), liegt national wie international bei 16-20 %. Das Lebenszeitrisiko für eine diagnostizierte Depression liegt laut Selbstauskunft in der ersten Erhebungswelle der aktuellen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) bei 11,6 %. Laut dieser Studie leiden nach Selbstauskunft aktuell ca. 8,1 % der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren unter einer depressiven Symptomatik. Die Häufigkeit einer unipolaren Depression in der Allgemeinbevölkerung wird in einem Zeitfenster von 12 Monaten auf 7,7 %, die 12-Monatsprävalenz für eine Major Depression auf 6 % und für eine Dysthymie auf 2 % geschätzt. Damit liegt die Anzahl der Betroffenen in Deutschland, die in einem Zeitraum von 12 Monaten an einer unipolaren Depression erkrankt sind, bei ca. 6,2 Mio. (1).

Depressionen treten zudem in vielfältiger Form als komorbide Störungen bei anderen psychischen Erkrankungen auf, insbesondere mit Angst- und Panikstörungen. Auch begleiten Depressionen zahlreiche insbesondere chronische somatische Erkrankungen, das Risiko kardiovaskulärer Störungen und auch die Mortalitätsrate bei dieser Erkrankungsgruppe ist durch Depressionen signifikant erhöht (1).

Depressionen zeichnen sich typischerweise durch einen episodischen Verlauf aus, d. h. die Krankheitsphasen sind zeitlich begrenzt und klingen häufig auch ohne therapeutische Maßnahmen ab. Untersuchungen aus der Ära vor Einführung der Psychopharmaka belegen durchschnittliche Episodendauern einer unipolaren Depression von sechs bis acht Monaten. Die Entwicklung effektiver Therapien führte zu einer deutlichen Verkürzung und weniger starken Ausprägung der depressiven Phasenlänge. Die mittlere Episodendauer behandelter unipolarer depressiver Störungen wird auf 16 Wochen geschätzt, wobei bei ungefähr 90 % der Patienten die depressive Episode als mittel- bis schwergradig eingeschätzt wird. **Über den Lebensverlauf** betrachtet kommt es bei mindestens 50 % der Fälle nach der Ersterkrankung zu wenigstens einer weiteren depressiven Episode. Bei unipolaren Störungen werden im Mittel vier bis sechs Episoden beobachtet. Die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung erhöht sich nach zweimaliger Erkrankung auf 70 % und liegt nach der dritten Episode bei 90 %. Betrachtet man das Rückfallrisiko in Jahresintervallen, so liegt dieses, abhängig von der Art der Behandlung, nach dem ersten Jahr bei 30-40 %. Nach einem Zweijahres-Intervall muss mit einer Rückfallwahrscheinlichkeit von 40-50 % gerechnet werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das kumulative Risiko für eine erneute depressive Episode steigt, je länger der Beobachtungszeitraum ist. Das Rezidivrisiko wird geringer, je länger ein Patient rezidivfrei bleibt (1).

Das Suizidrisiko ist bei depressiv Erkrankten etwa 30-Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. 8,6 % aller wegen Suizidalität und 4,0 % aller wegen einer depressiven Störung (ohne spezielle Suizidalität) einmal hospitalisierten Patienten versterben irgendwann durch Suizid. 60-70 % der Patienten haben während einer aktuellen depressiven Episode auch Suizidgedanken. Insgesamt gehen – ohne Dunkelziffer berechnet – bis zu 70 % der jährlich etwa 10 000 Suizide in Deutschland auf eine depressive Erkrankung zurück (1).

Hohe direkte und indirekte Kosten, die durch Depression verursacht werden, weisen auf die hohe gesellschaftsökonomische Relevanz der Erkrankung hin. Depressive Störungen reduzieren die berufliche Leistungsfähigkeit, da neben der allgemeinen Antriebsstörung, die Konzentration und andere kognitive Funktionen betroffen sind. Depressive Arbeitnehmer haben mit 6,1 Tagen wesentlich mehr Arbeitsunfähigkeitstage im Monat als nicht depressive Arbeitnehmer mit 1,7 Tagen. Die direkten Kosten der Depressionen, das heißt die Inanspruchnahme von medizinischen Heilbehandlungen, Präventions-, Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen lagen im Jahr 2008 bei etwa 5,2 Mrd. Euro und machten somit fast ein Fünftel aller durch psychische Erkrankungen verursachten Kosten (28,7 Mrd. Euro) aus, davon mehr als die Hälfte (2,9 Mrd. Euro) für stationäre Maßnahmen. Eine große epidemiologische Untersuchung von 3.555 volljährigen Personen erbrachte für die 131 als depressiv diagnostizierten Patienten durchschnittliche Pro-Kopf-Kosten von 686 Euro pro Jahr. Auch Untersuchungen auf der Basis von Krankenkassendaten weisen auf die hohe ökonomische Relevanz depressiver Erkrankungen hin. So zeigen Sekundäranalysen einer ostdeutschen Krankenkasse (AOK plus), dass 44 % der Versorgungskosten für die über die Krankenkasse abgerechneten Gesundheitsleistungen auf den stationären Versorgungssektor entfallen. Krankenhausbehandlungen wegen einer depressiven Erkrankung wurden jedoch lediglich von 6 % der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in Anspruch genommen. Zur Messung der indirekten Kosten wird die Kennzahl der durch eine Erkrankung verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre berechnet. Hier gehen die Ausfälle durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigen Tod der erwerbstätigen Bevölkerung ein. Im Jahr 2008 lagen die verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre für alle Erkrankungen bei 4,25 Mio. Jahren. Davon verursachen die psychischen Störungen 763.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre. Dabei ist fast ein Drittel auf die Gruppe der Depressionen zurückzuführen (1).

Diagnostik

Die Diagnose der Depression erfolgt klinisch nach den operationalisierten Kriterien des ICD10, ggf. unter Zuhilfenahme von testdiagnostischen Verfahren. Syndromal sind die unipolaren Depressionen von Depressionen im Rahmen einer bipolaren Störung abzugrenzen. Darüber hinaus wird die unipolare Depression nach Schweregrad, ggf. mit zusätzlichen psychotischen Symptomen, und nach Dauer und Verlauf klassifiziert. Gerade bei Depressionen ist eine spezielle Differentialdiagnostik zum Ausschluss einer somatischen Ursache der depressiven Symptomatik oder zur Abgrenzung von anderen psychischen Störungen (z.B. beginnende Demenzerkrankung) erforderlich (1).

Im Verlauf sind wiederkehrende psychopathologische und ggf. testpsychologische Untersuchungen notwendig.

Therapie

Als allgemeine Behandlungsziele gelten für Patienten mit depressiven Störungen:

- die Symptome der depressiven Störung zu vermindern und letztlich eine vollständige Remission zu erreichen;
- die Mortalität, insbesondere durch Suizid zu verringern;
- die berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit und Teilhabe wiederherzustellen;
- das seelische Gleichgewicht wieder zu erreichen sowie
- die Wahrscheinlichkeit für einen direkten Rückfall oder eine spätere Wiedererkrankung zu reduzieren.

Die Behandlung unterscheidet sich je nach Erkrankungsstadium. Der Akuttherapie folgen die Erhaltungstherapie und die Rezidivprophylaxe. An Behandlungsinstrumentarien stehen

pharmakologische und unterschiedliche psychotherapeutische Maßnahmen zur Verfügung, die oftmals kombiniert werden. Zudem sind sowohl für Betroffene als auch Angehörige psychoedukative Maßnahmen unter Beachtung der Regelungen partizipativer Entscheidungsfindung als Standard anzuwenden.

Hauptziel der Akuttherapie ist die konsequente Symptomreduktion unter besonderer Beachtung ggf. bestehender Suizidalität. Ziel der Erhaltungstherapie ist die Verstetigung der begonnenen pharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Behandlungen, um einen Rückfall zu verhindern. Die unter bestimmten Bedingungen indizierte Rezidivprophylaxe zielt auf eine langfristige Verhinderung von Rückfällen ab und kann ebenfalls pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungen umfassen.

An der Therapie der Depression sind ganz unterschiedliche Berufsgruppen und Sektoren des Gesundheits- und Sozialsystems beteiligt.

Dies sind neben der hausärztlichen Grundversorgung, die gerade bei der Depression ein zentrales Element zur Frühdiagnose und niedrigschwelligen Behandlung darstellt, Psychiater/Nervenärzte, Psychotherapeuten, ambulante psychiatrische Fachpflegekräfte, Soziotherapeuten, Ergotherapeuten, aber auch Leistungsanbieter aus rehabilitativen Trägerstrukturen wie z.B. Werkstätten und Träger der Eingliederungshilfe. Dabei gibt es in allen Versorgungssektoren die Möglichkeiten einer ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung mit der eindeutigen Präferenz zur bevorzugten Nutzung niedrigschwelliger, ambulanter und wohnortnaher Strukturen (1).

Derzeitige Versorgungsprobleme

Innerhalb unseres Versorgungssystems gibt es vornehmlich Defizite im ambulanten Bereich. Während im teilstationären und stationären Bereich die Leistungsdichte auch im internationalen Vergleich groß ist und die Umsetzung der geforderten multiprofessionellen Komplexbehandlung längst realisiert ist, ist dies im ambulanten Bereich nicht oder nur unzureichend geschehen. Dies liegt an der Budgetierung zahlreicher Leistungselemente der vertragsärztlichen Versorgung, an der fehlenden ambulanten Bereitstellung bestimmter Leistungen und an der fehlenden Vernetzung bestehender Leistungsangebote, die im Vergleich zu stationären Maßnahmen trägerübergreifend organisiert werden müssen.

An diesen Stellen setzt das Versorgungsprojekt der NPPV an. Es ermöglicht den teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten eine im Bedarfsfall auch kurzfristige intensivisierte ambulante Behandlung unter Einbezug zusätzlicher Behandlungsmodule insbesondere auf Gruppenbasis und vernetzt die Behandlungsleistungen und Leistungen anderer Kostenträger untereinander durch regionale Netzwerkbildung.

Ziel ist die Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen, um den Betroffenen eine Alternative zur stationären Behandlung anzubieten, den Versorgungsdruck auf die stationären Strukturen zu reduzieren und die ambulante Behandlungsqualität zu verbessern, damit sich die Lebensqualität der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds verbessert.

Behandlungspfad (Hervorhebungen: zusätzliche Module gegenüber der bisherigen Regelversorgung)

Der Behandlungspfad definiert, welche Versorgungsleistungen innerhalb der besonderen Versorgung und welche unverändert im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden. Die erst genannten Leistungen sind deshalb – ggf. in Ausbaustufen – zu bestimmen und mit einer Vergütungshöhe aus

dem Innovationsfonds zu hinterlegen, zu den zuletzt genannten Leistungen muss die Schnittstelle bestimmt werden. Es muss definiert werden, wer (Qualifikation) welche Leistungen erbringen und wer welche Leistungen veranlassen kann. Darüber hinaus sind grundlegende Themen wie Einschreibekriterien und Dauer der Versorgung festzulegen.

Neben der Festlegung der konkreten Behandlungsleistungen ist zu bestimmen, welche Support-Leistungen durch IVPNetworks angeboten werden sollen/müssen, auch hier ggf. in Ausbaustufen.

Einstellung: Eine Einstellung des Patienten ist grundsätzlich über unterschiedliche Wege möglich. Innerhalb des Versorgungsvertrages können *Hausärzte, Psychiater/Nervenärzte und Psychotherapeuten einstellen*.

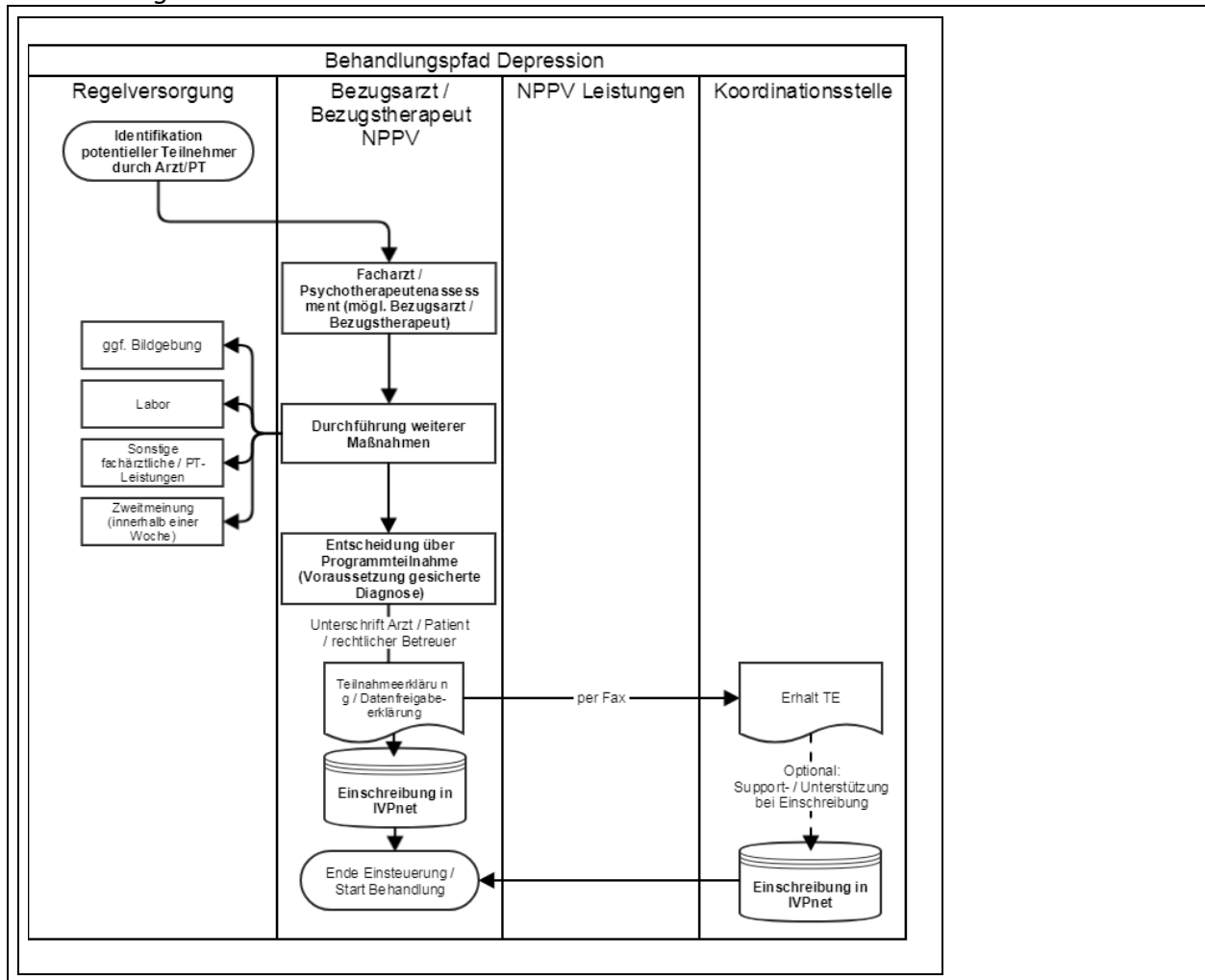
Aufnahme: Eine Aufnahme des Patienten ist nur durch einen Psychiater/Nervenarzt oder Psychotherapeuten möglich. Dieser stellt nach einem *standardisierten Eingangsassessment* die Diagnose, die – ggf. unter Hinzunahme weiterer Kriterien wie Schweregrad und/oder AU-Dauer - das Zugangskriterium in die besondere Versorgung darstellt.

Behandlung: Der aufnehmende Arzt behandelt den Patienten je nach Erkrankungsphase leitliniengerecht. *Er wird dabei durch das IT mit entsprechenden Hinweisen unterstützt.* Für die im Bedarfsfall erforderliche intensivisierte Behandlung z.B. in der Akutphase stehen zusätzliche ärztliche/psychotherapeutische Ressourcen einer *zeitnahen Verfügbarkeit (Krisengespräch)* und einer *intensivierten Behandlung* zur Verfügung. *Zudem koordiniert der behandelnde Arzt/Psychotherapeut als Bezugsarzt/-therapeut die weiteren Behandlungsmaßnahmen.* Dazu werden Schnittstellen zu den komplexen Behandlungs- und Betreuungsangeboten anderer Leistungsanbieter gebildet und *zusätzliche Gruppenangebote für Edukation, Kompetenztraining etc. aber auch kurzfristig verfügbare Psychotherapie* vorgehalten. Der Arzt/Psychotherapeut kann sich einer *Support-Struktur bei der Einleitung und Umsetzung der komplexen Behandlungselemente* bedienen.

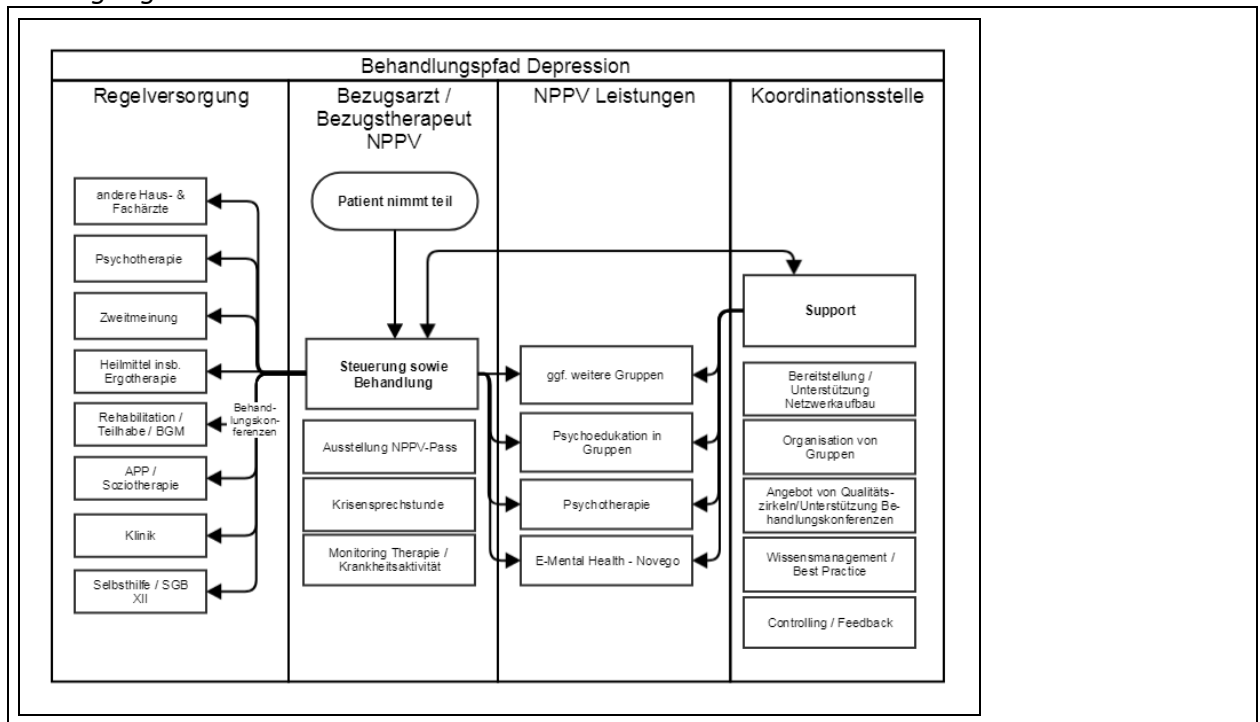
Sämtliche Maßnahmen werden IT-unterstützt umgesetzt. Durch Support-Strukturen werden verbindliche regionale Netzwerke gebildet, in denen vertraglich festgelegt wird, wer welche Leistungsmodule innerhalb der besonderen Versorgung übernimmt.

(1) S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, 2. Auflage, 2015. Version 4

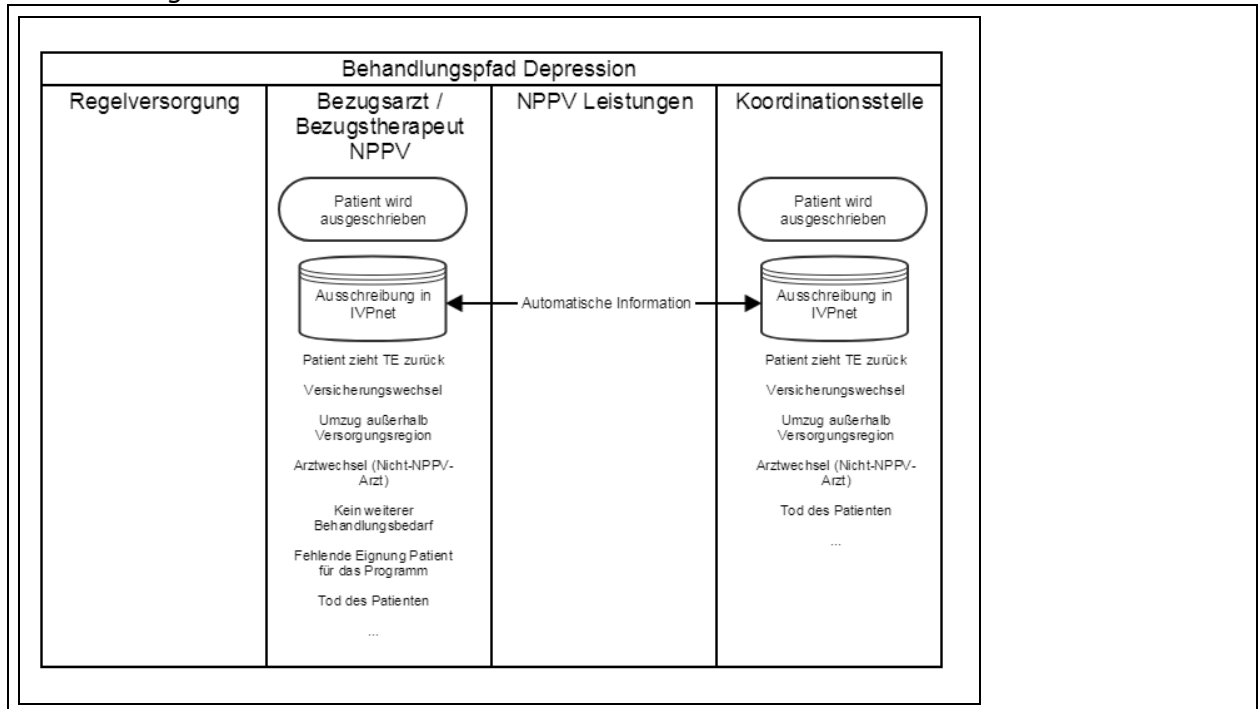
Einstellung



Versorgung



Aussteuerung



NPPV Behandlungspfad Schizophrenie F20

Einleitung

Die Schizophrenie ist durch ein charakteristisches Störungsmuster verschiedener psychischer Bereiche wie Wahrnehmung, Denken, Ich-Funktionen, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik gekennzeichnet. Charakteristisch sind einerseits episodisch auftretende akute psychotische Zustände und andererseits chronische Beeinträchtigungen mit persistierenden positiven (z. B. Wahn, Halluzinationen) und/oder negativen Symptomen (z. B. Affektverarmung, Antriebsminderung, sozialer Rückzug). Oftmals gehen chronische Krankheitsverläufe mit kognitiven und erheblichen sozialen Beeinträchtigungen einher. Diese Einschränkungen können schon zu Beginn der Erkrankung vorhanden sein oder den ersten positiven Symptomen vorausgehen (1).

Die Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie beträgt zwischen 0,5 und 1,6%. Die Erkrankung tritt häufig zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr auf, bei Männern im Durchschnitt ca. 3-4 Jahre früher als bei Frauen. Die Lebenserwartung liegt ca. 10-20 Jahre unter der Lebenserwartung der Normalbevölkerung und ist insbesondere durch Suizide, Unfälle aber auch eine höhere Rate an kardiovaskulären und respiratorischen Erkrankungen reduziert (1).

Die Verläufe schizophrener Erkrankungen sind sehr unterschiedlich. Einer oftmals mehrjährigen unspezifischen Prodromalphase folgt eine akute Krankheitsphase, in der es regelhaft zu einer Diagnosesicherung kommt. Ca. 20% der Betroffenen bleiben danach weitgehend symptomfrei. 80% entwickeln im weiteren Verlauf sehr unterschiedlich ausgeprägte Symptome, die nicht selten zu erheblichen kognitiven und sozialen Einschränkungen führen (1).

Die Prognose des Erkrankungsverlaufs ist von vielen Faktoren abhängig. Während in der akuten Erkrankungsphase pharmakologische und intensive beziehungsorientierte Behandlungen mitentscheidend für eine rasche Remission sind, stehen im weiteren Verlauf psychosoziale, rehabilitative und sekundärpräventive Maßnahmen im Vordergrund (1).

Die Schizophrenie ist eine der teuersten Erkrankungen überhaupt. Die jährlichen Gesamtkosten für das Gesundheits- und Sozialsystem betragen ca. 4-10 Milliarden Euro und damit ca. 2-4 % der Gesamtkosten (2).

Diagnostik

Die Diagnose der Schizophrenie erfolgt klinisch nach den operationalisierten Kriterien des ICD10. Zum Ausschluss anderer möglicherweise organischer Störungen werden insbesondere bei einer Erstmanifestation laborchemische und bildgebende Zusatzuntersuchungen durchgeführt, die je nach klinischem Bild im Verlauf ggf. wiederholt werden müssen (1).

Therapie

Ziel der Schizophreniebehandlung ist in jeder Erkrankungsphase eine möglichst deutliche Reduktion der bestehenden Symptomatik. Dazu bedarf es oftmals eines komplexen Behandlungsangebotes mit multi-professioneller Beteiligung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes unter Einbezug des sozialen und familiären Umfelds des Betroffenen. Ein möglichst niedrigschwelliger und wohnortnaher Zugang ins Versorgungssystem ist Voraussetzung.

Neben den allgemeinen Maßnahmen gibt es phasenspezifische Anforderungen an die Therapie.

Akutphase:

- Etablierung einer therapeutischen Beziehung
- Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte
- Beseitigung oder Verminderung der Krankheitserscheinungen und der krankheitsbedingten Beeinträchtigung
- Verhinderung und Behandlung von Selbst- und Fremdgefährdung
- Einbeziehung von Angehörigen, Bezugspersonen und anderen Beteiligten im Einvernehmen mit den Betroffenen
- Verhinderung oder Verminderung sozialer Folgen der Erkrankung
- Motivation zur Selbsthilfe
- Vorbereitung der postakuten Stabilisierungsphase durch Einleitung rehabilitativer Maßnahmen

Postakute Stabilisierungsphase:

- Festigung der therapeutischen Beziehung
- Stabilisierung bei Remission und Abklingen der psychischen Symptome
- Behandlung kognitiver und sozialer Defizite sowie weiterer Negativsymptomatik
- Förderung von Partizipation, Krankheitseinsicht und Compliance
- Intensivierte Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte
- Verstärkte Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen in Aufklärung, Rückfallprävention und Behandlung im Einvernehmen mit den Betroffenen
- Früherkennung drohender Rückfälle
- Entwicklung individueller Coping-Strategien
- Harmonisierung von Konflikten in der Familie und Umwelt
- Verständniserarbeitung der individuellen Bedeutung der Erkrankung (Sinngabe)
- Stabilisierung und Erweiterung sozialer Kontakte
- Vorbereitung und Weiterführung rehabilitativer Maßnahmen
- Motivation zur Selbsthilfe

Remissionsphase:

- Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung
- Ggf. Symptomsuppression
- Förderung sozialer Integration
- Rückfallprophylaxe, -früherkennung und -frühintervention
- Suizidprophylaxe
- Verbesserung der Lebensqualität
- Berufliche Rehabilitation
- Motivation zur Selbsthilfe

An der Therapie der Schizophrenie sind ganz unterschiedliche Berufsgruppen und Sektoren des Gesundheits- und Sozialsystems beteiligt.

Dies sind neben der hausärztlichen Grundversorgung, Psychiater/Nervenärzte, Psychotherapeuten, ambulante psychiatrische Fachpflegekräfte, Soziotherapeuten, Ergotherapeuten, aber auch Leistungsanbieter aus rehabilitativen Trägerstrukturen wie z.B. Werkstätten und Träger der Eingliederungshilfe. Dabei gibt es in allen Versorgungssektoren die Möglichkeiten einer ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung mit der eindeutigen Präferenz zur bevorzugten Nutzung niedrigschwelliger, ambulanter und wohnortnaher Strukturen (1).

Derzeitige Versorgungsprobleme

Innerhalb unseres Versorgungssystems gibt es vornehmlich Defizite im ambulanten Bereich. Während im teilstationären und stationären Bereich die Leistungsdichte auch im internationalen Vergleich groß ist und die Umsetzung der geforderten multiprofessionellen Komplexbehandlung längst realisiert ist, ist dies im ambulanten Bereich nicht oder nur unzureichend geschehen. Dies liegt an der Budgetierung zahlreicher Leistungselemente der vertragsärztlichen Versorgung, an der fehlenden ambulanten Bereitstellung bestimmter Leistungen und an der fehlenden Vernetzung bestehender Leistungsangebote, die im Vergleich zu stationären Maßnahmen trägerübergreifend organisiert werden müssen.

An diesen Stellen setzt das Versorgungsprojekt der NPPV an. Es ermöglicht den teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten eine im Bedarfsfall intensivierte ambulante Behandlung unter Einbezug zusätzlicher Behandlungsmodule insbesondere auf Gruppenbasis und vernetzt die Behandlungsleistungen und Leistungen anderer Kostenträger untereinander durch regionale Netzwerkbildung.

Ziel ist die Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen, um den Betroffenen eine Alternative zur stationären Behandlung anzubieten, den Versorgungsdruck auf die stationären Strukturen zu reduzieren und die ambulante Behandlungsqualität zu verbessern, damit sich die Lebensqualität der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds verbessert.

Behandlungspfad (Hervorhebungen: zusätzliche Module gegenüber der bisherigen Regelversorgung)

Der Behandlungspfad definiert, welche Versorgungsleistungen innerhalb der besonderen Versorgung und welche unverändert im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden. Die erst genannten Leistungen sind deshalb – ggf. in Ausbaustufen – zu bestimmen und mit einer Vergütungshöhe aus dem Innovationsfonds zu hinterlegen, zu den zuletzt genannten Leistungen muss die Schnittstelle bestimmt werden. Es muss definiert werden, wer (Qualifikation) welche Leistungen erbringen und wer welche Leistungen veranlassen kann. Darüber hinaus sind grundlegende Themen wie Einschreibekriterien und Dauer der Versorgung festzulegen.

Neben der Festlegung der konkreten Behandlungsleistungen ist zu bestimmen, welche Support-Leistungen durch IVPNetworks angeboten werden sollen/müssen, auch hier ggf. in Ausbaustufen.

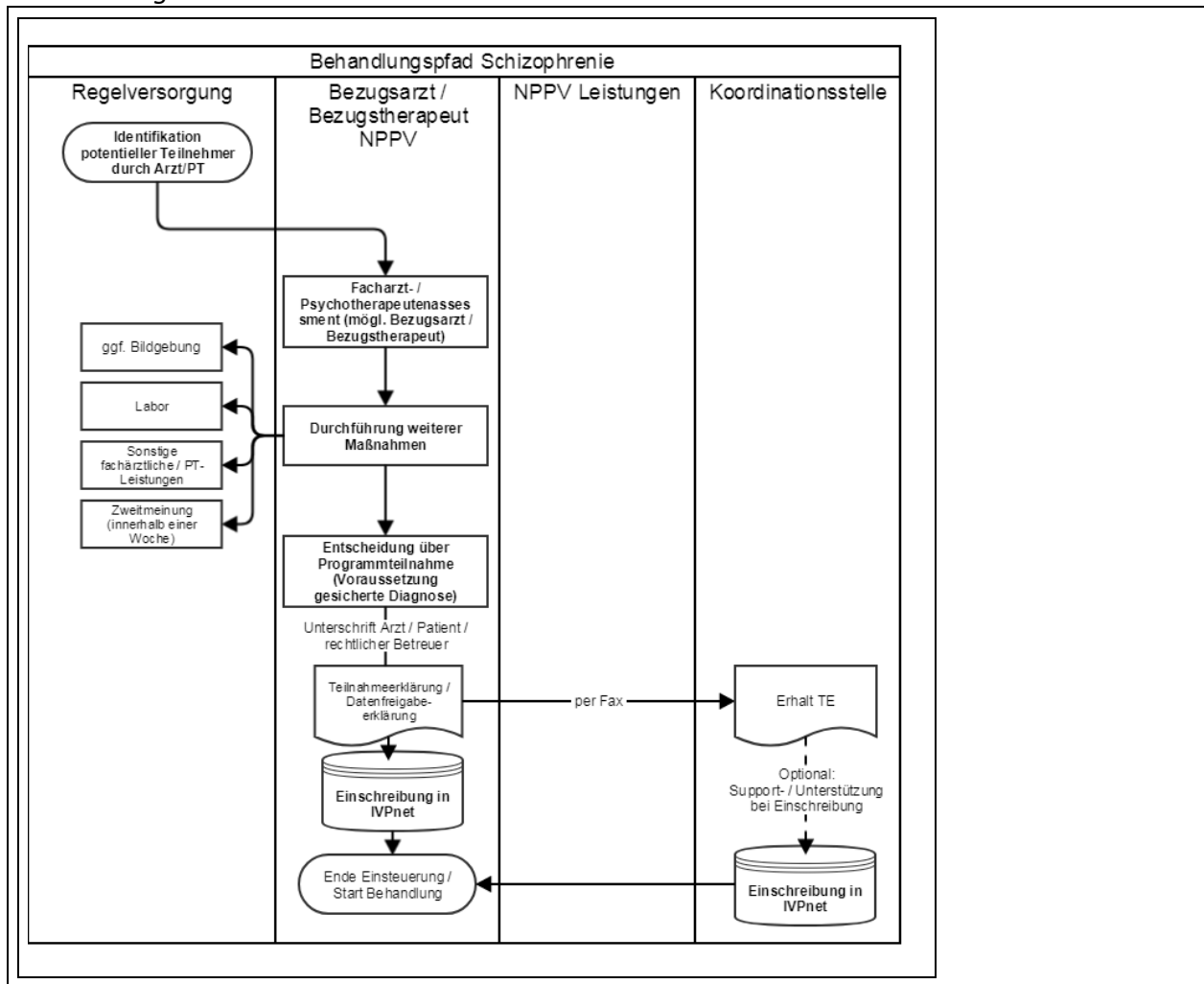
Einstellung: Eine Einstellung des Patienten ist grundsätzlich über unterschiedliche Wege möglich. Innerhalb des Versorgungsvertrages können *Hausärzte, Psychiater/Nervenärzte und Psychotherapeuten einstellen*.

Aufnahme: Eine Aufnahme des Patienten ist nur durch einen Psychiater/Nervenarzt oder im Einzelfall einen Psychotherapeuten möglich. Dieser stellt nach einem *standardisierten Eingangsassessments* die Diagnose, die zugleich das Zugangskriterium in die besondere Versorgung darstellt.

Behandlung: Der aufnehmende Arzt behandelt den Patienten je nach Erkrankungsphase leitliniengerecht. Er wird dabei durch das IT mit entsprechenden Hinweisen unterstützt. Für die im Bedarfsfall erforderliche intensivste Behandlung z.B. in der Akutphase stehen zusätzliche ärztliche Ressourcen einer *zeitnahen Verfügbarkeit (Krisengespräch)* und einer *intensivierten Behandlung* zur Verfügung. Zudem koordiniert der behandelnde Arzt als *Bezugsarzt* die weiteren Behandlungsmaßnahmen. Dazu werden Schnittstellen zu den komplexen Behandlungs- und Betreuungsangeboten anderer Leistungsanbieter gebildet und *zusätzliche Gruppenangebote für Edukation, Kompetenztraining etc.* vorgehalten. Der Arzt kann sich einer *Support-Struktur* bei der Einleitung und Umsetzung der komplexen Behandlungselemente bedienen.

Sämtliche Maßnahmen werden IT-unterstützt umgesetzt. Durch Support-Strukturen werden verbindliche regionale Netzwerke gebildet, in denen vertraglich festgelegt wird, wer welche Leistungsmodule innerhalb der besonderen Versorgung übernimmt.

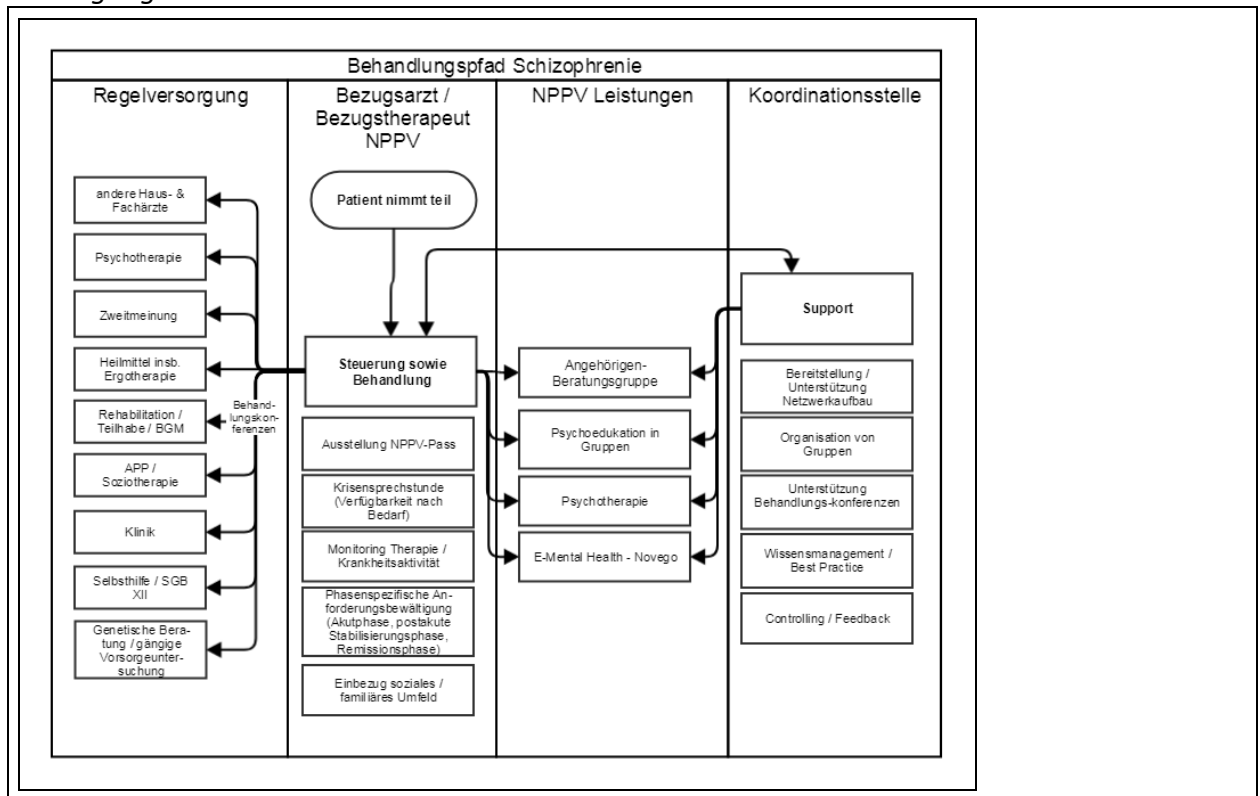
Einsteuerung



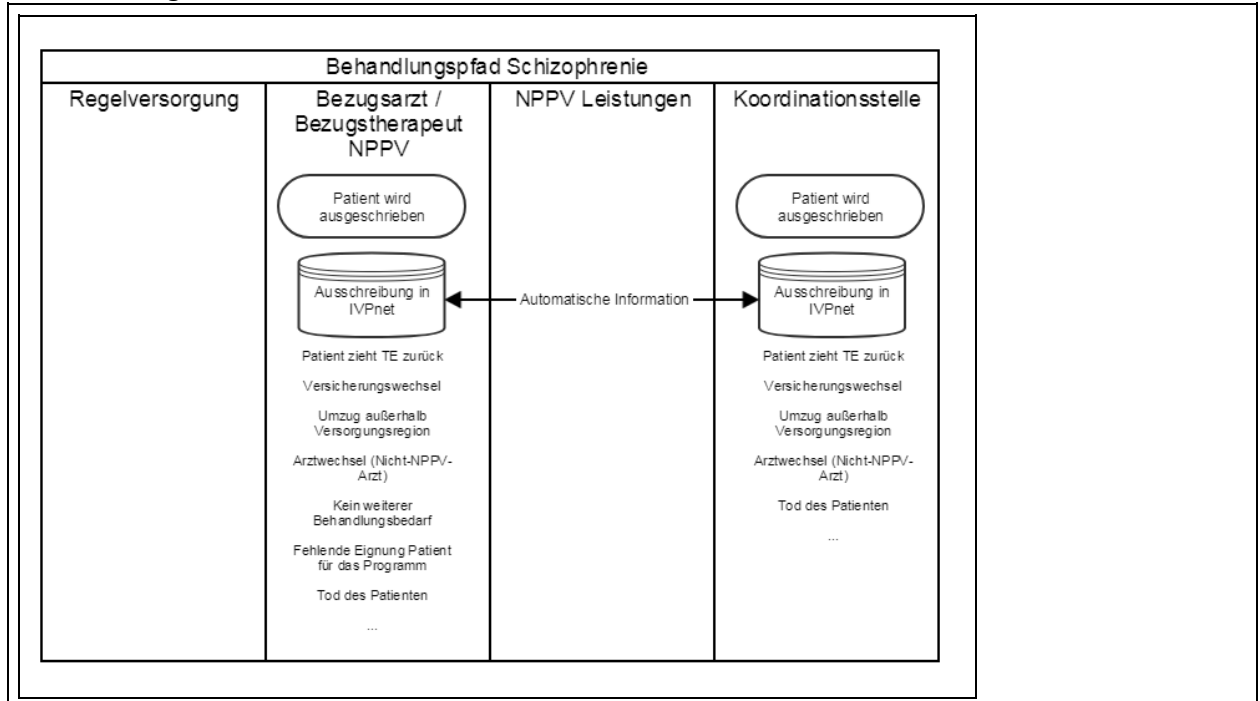
(1) S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), 2006

(2) Schizophrenie [Gesundheitsberichterstattung - Themenhefte, Mai 2010]

Versorgung



Aussteuerung



NPPV Behandlungspfad Traumafolgestörung

Einleitung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die komplexe Traumafolgestörung sind mögliche Folgeereignisse eines oder mehrerer traumatischer Erlebnisse (z.B. sexuelle und andere Gewalt, Entführung, Geiselnahme, Folter, Unfälle etc.), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erlebnis zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses (1).

Die Symptomatik ist typischerweise bei einer PTBS geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie),
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen),
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli),
- Emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit).

Oftmals bestehen gerade bei komplexen Traumafolgestörungen stark wechselnde Symptombildungen, so dass diese Patientengruppe häufig zahlreiche psychische Komorbiditäten gemäß ICD10 hat. Neben depressiven, dissoziativen, somatoformen und Angstsymptomen können Symptome einer Suchterkrankung, einer Essstörung oder auch einer emotional-instabilen Persönlichkeit bestehen. Diese stehen gerade zu Beginn eines therapeutischen Kontaktes häufig im Vordergrund, so dass eine traumatische Genese der komplexen Symptombildung nicht immer gleich erkennbar ist.

Die Symptome der Traumafolgestörung können unmittelbar oder auch mit z.T. mehrjähriger Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (1). Der Symptomverlauf einer komplexen Traumafolgestörung ist wechselhaft und sehr vielgestaltig.

Die Häufigkeit der Traumafolgestörung ist abhängig von der Art des Traumas. Sie tritt je nach Traumaintensität in 10-50% nach Traumatisierungen (in aufsteigender Häufigkeit von Verkehrsunfallopfern bis Opfer von Vergewaltigung oder Krieg/Folter/Vertreibung) auf. Die Lebenszeitprävalenz ist länderspezifisch, in Deutschland beträgt sie für das Vollbild der PTBS ca. 1,5-2%. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung. Komorbide Störungen sind bei der Traumafolgestörung eher die Regel als die Ausnahme (insbesondere Depressionen, Angst- und Somatisierungsstörungen, dissoziative Störungen und Suchterkrankungen). Insgesamt sind Frauen in einem Verhältnis 2-3:1 häufiger betroffen als Männer (1).

Der Verlauf einer Traumafolgestörung kann sehr unterschiedlich sein und hängt oftmals von den Kompensationsmöglichkeiten der betroffenen traumatisierten Person ab. Die umfangreichen Folgen einer durch Traumatisierung gestörten Persönlichkeitsentwicklung werden unter dem Begriff „komplexe Traumafolgestörung“ subsummiert. Zu den komplexen Traumafolgestörungen gehören oftmals auch dissoziative Störungsbilder, somatoforme Schmerzstörungen und emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen (s.o.) (1).

Das Suizidrisiko bei Traumafolgestörungen scheint hoch zu sein, wobei genaue Zahlen nicht vorliegen, auch weil die Störungsausprägung und die zugrundeliegenden Traumata sehr heterogen sind. Gerade bei den komplexen Traumafolgestörungen scheint das Risiko besonders hoch, die Rate an Suizidversuchen ist erheblich.

Die direkten und indirekten Kosten der Traumafolgestörungen in Deutschland werden aktuell auf ca. 11 Milliarden geschätzt (2).

Diagnostik

Die Diagnose der Traumafolgestörung erfolgt klinisch nach den operationalisierten Kriterien des ICD10, ggf. unter Zuhilfenahme von testdiagnostischen Verfahren und/oder traumaspezifischen Interviews. Abzugrenzen ist die Traumafolgestörung von akuten Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen und relevanten psychischen Vorerkrankungen. Syndromal sind ebenfalls die häufig bestehenden Komorbiditäten zu erfassen. Dabei ist zu beachten, dass die PTBS nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen ist (1).

Gerade beim parallelen Bestehen von Diagnosen aus den Bereichen F1, F3, F40, F41, F44, F45, F50 und F60.3 ist regelhaft von einer komplexen Traumafolgestörung auszugehen, selbst wenn eine traumatische Genese noch nicht sicher nachgewiesen wurde. Diese ergibt sich häufig erst im therapeutischen Verlauf.

Therapie

Die Erforderlichkeiten der Therapie richten sich stark am klinischen Stadium und dem individuellen Stabilisierungsbedarf aus. Dabei ist eine rasche und zum Traumazeitpunkt zeitnahe Abklärung des spezifischen Therapiebedarfs notwendig (1).

Als Erstmaßnahme ist der Schutz vor weiterer Traumatisierung durch Herstellung einer sicheren Umgebung zwingend erforderlich. Weitere erste Maßnahmen sind die Organisation eines psychosozialen Helfersystems, das frühzeitige Hinzuziehen eines spezialisierten Psychotherapeuten und die Psychoedukation bezüglich traumatypischer Symptome und Verläufe (1).

Im Weiteren erfolgt die Abklärung des individuellen Stabilisierungsbedarfs durch einen speziell qualifizierten Psychotherapeuten mit Aufbau einer therapeutischen Beziehung und weiteren diagnostischen Abklärungen. Es werden Kompetenzen im Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen und zur Symptomkontrolle vermittelt, dabei intra- und interpersonelle Ressourcen aufgebaut und ggf. eine adjuvante Pharmakotherapie eingeleitet. Weitere Verfahren wie Ergotherapie, Körper-, Bewegungs- und Physiotherapie können innerhalb eines Gesamtbehandlungsplanes eingesetzt werden (1).

Nach ausreichender affektiver Stabilisierung und dem Aufbau eines tragfähigen Selbstmanagements kann eine traumaspezifische Psychotherapie durch einen spezialisierten Psychotherapeuten durchgeführt werden. Inhalte sind hier die dosierte Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis, mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen (1).

Im Verlauf kann sowohl während der Stabilisierungsphase als auch zur traumaspezifischen Psychotherapie die Indikation zur Durchführung von stationären Behandlungsintervallen bestehen.

Am Ende oder auch während der therapeutischen Maßnahmen stehen die psychosoziale Reintegration und Neuorientierung. Diese Behandlungsphase sollte bedarfsgerecht durch stützende Maßnahmen wie soziale Hilfen, Einbezug von Angehörigen und Opferhilfsorganisationen sowie Rehabilitation unterstützt werden. Schließlich soll eine intrapsychische Neuorientierung mit der Entwicklung von Zukunftsperspektiven sowie eine Rückfallprophylaxe angestrebt werden (1).

Derzeitige Versorgungsprobleme

Innerhalb unseres Versorgungssystems gibt es vornehmlich Defizite im ambulanten Bereich. Während im teilstationären und stationären Bereich die Leistungsdichte auch im internationalen Vergleich groß ist und die Möglichkeiten zur traumaspezifischen Behandlung annähernd flächendeckend vorhanden sind, bestehen diese im ambulanten Bereich nicht oder nur unzureichend. Dies liegt an der Budgetierung und Begrenzung zahlreicher Leistungselemente der vertragsärztlichen Versorgung, an der fehlenden ambulanten Bereitstellung spezifischer Leistungen und an der fehlenden Vernetzung bestehender Leistungsangebote, die im Vergleich zu stationären Maßnahmen trägerübergreifend organisiert werden müssen.

An diesen Stellen setzt das Versorgungsprojekt der NPPV an. Es ermöglicht den teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten eine im Bedarfsfall auch kurzfristige intensivisierte ambulante Behandlung unter Einbezug zusätzlicher Behandlungsmodule und vernetzt die Behandlungsleistungen und Leistungen anderer Kostenträger untereinander durch regionale Netzwerkbildung.

Ziel ist die Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen, um den Betroffenen eine Alternative zur stationären Behandlung anzubieten, den Versorgungsdruck auf die stationären Strukturen zu reduzieren und die ambulante Behandlungsqualität zu verbessern, damit sich die Lebensqualität der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds verbessern.

Gerade im Bereich der Traumafolgestörungen ist die Verfügbarkeit spezifischer Behandlungsmaßnahmen wie der traumaadaptierten Psychotherapie sowie die Etablierung eines bedarfsorientierten Helfernetzwerkes entscheidend, welches vom Bezugsarzt/-therapeuten kurzfristig und zielgerichtet ausgelöst werden kann. Zwar gibt es in einigen Regionen Deutschlands bereits Traumanetzwerke, im Rahmen des NPPV besteht die Herausforderung, ein solches Netzwerk flächendeckend für die Region Nordrhein zu etablieren.

Behandlungspfad (Hervorhebungen: zusätzliche Module gegenüber der bisherigen Regelversorgung)

Der Behandlungspfad definiert, welche Versorgungsleistungen innerhalb der besonderen Versorgung und welche unverändert im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden. Die erst genannten Leistungen sind deshalb – ggf. in Ausbaustufen – zu bestimmen und mit einer Vergütungshöhe aus dem Innovationsfonds zu hinterlegen, zu den zuletzt genannten Leistungen muss die Schnittstelle bestimmt werden. Es

muss definiert werden, wer (Qualifikation) welche Leistungen erbringen und wer welche Leistungen veranlassen kann. Darüber hinaus sind grundlegende Themen wie Einschreibekriterien und Dauer der Versorgung festzulegen.

Neben der Festlegung der konkreten Behandlungsleistungen ist zu bestimmen, welche Support-Leistungen durch IVPNetworks angeboten werden sollen/müssen, auch hier ggf. in Ausbaustufen.

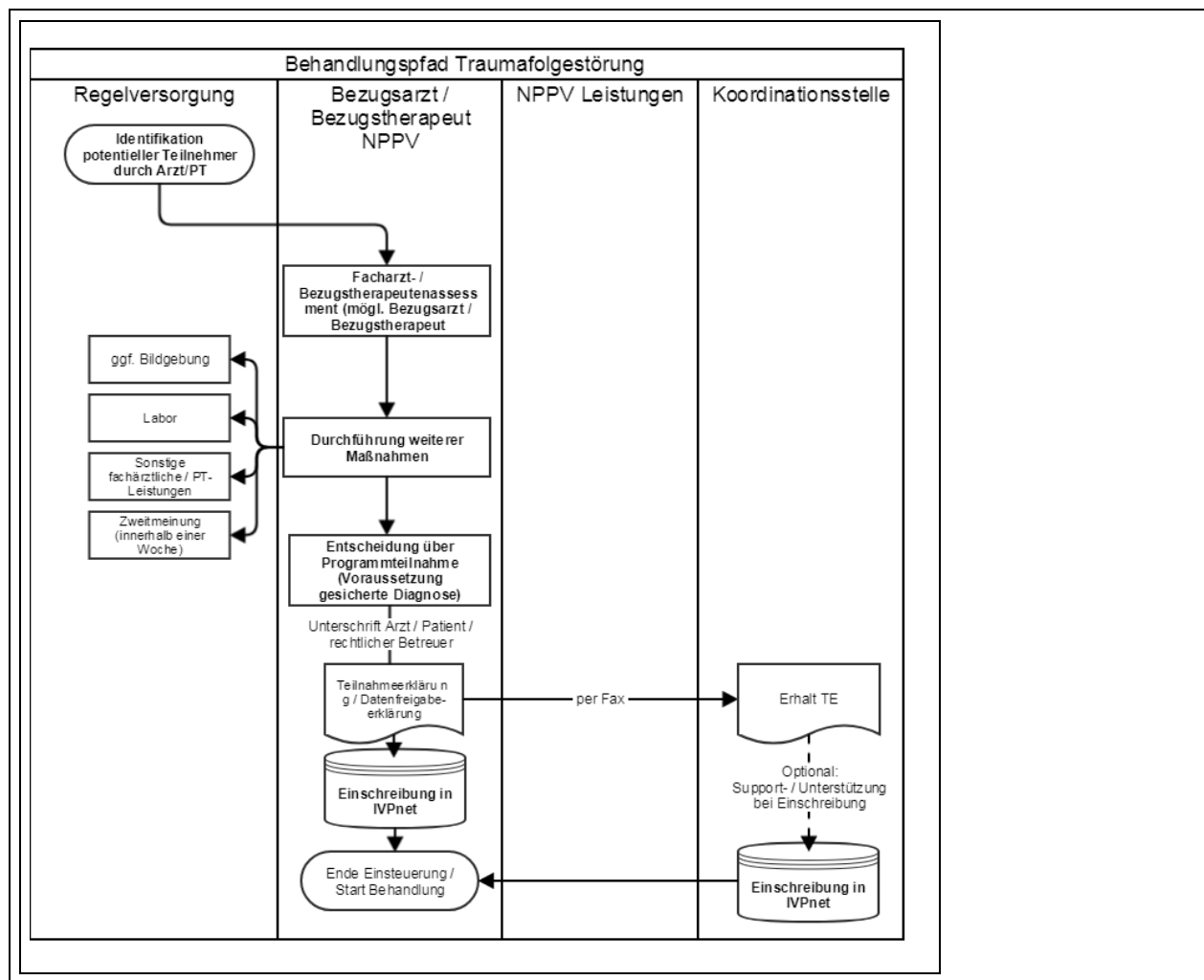
Einststeuerung: Eine Einststeuerung des Patienten ist grundsätzlich über unterschiedliche Wege möglich. Innerhalb des Versorgungsvertrages können *Hausärzte, Psychiater/Nervenärzte und Psychotherapeuten einsteuern*.

Aufnahme: Eine Aufnahme des Patienten ist nur durch einen Psychiater/Nervenarzt oder Psychotherapeuten möglich. Dieser stellt nach einem *standardisierten Eingangsassessment* die Diagnose, die – ggf. unter Hinzunahme weiterer Kriterien wie Schweregrad – das Zugangskriterium in die besondere Versorgung darstellt.

Behandlung: Der aufnehmende Arzt/Psychotherapeut behandelt den Patienten je nach Erkrankungsphase leitliniengerecht. Er wird dabei durch das IT mit entsprechenden Hinweisen unterstützt. Für die im Bedarfsfall erforderliche traumaadaptierte Psychotherapie stehen zusätzliche psychotherapeutische Ressourcen einer zeitnahen Verfügbarkeit und einer spezialisierten qualifizierten Behandlung zur Verfügung. Zudem koordiniert der behandelnde Psychotherapeut als Bezugsarzt/-therapeut die weiteren Behandlungsmaßnahmen. Dazu werden Schnittstellen zu den komplexen Behandlungs- und Betreuungsangeboten anderer Leistungsanbieter gebildet. Der Arzt/Psychotherapeut kann sich einer Support-Struktur bei der Einleitung und Umsetzung der komplexen Behandlungselemente bedienen.

Sämtliche Maßnahmen werden IT-unterstützt umgesetzt. Durch Support-Strukturen werden verbindliche regionale Netzwerke gebildet, in denen vertraglich festgelegt wird, wer welche Leistungsmodule innerhalb der besonderen Versorgung übernimmt.

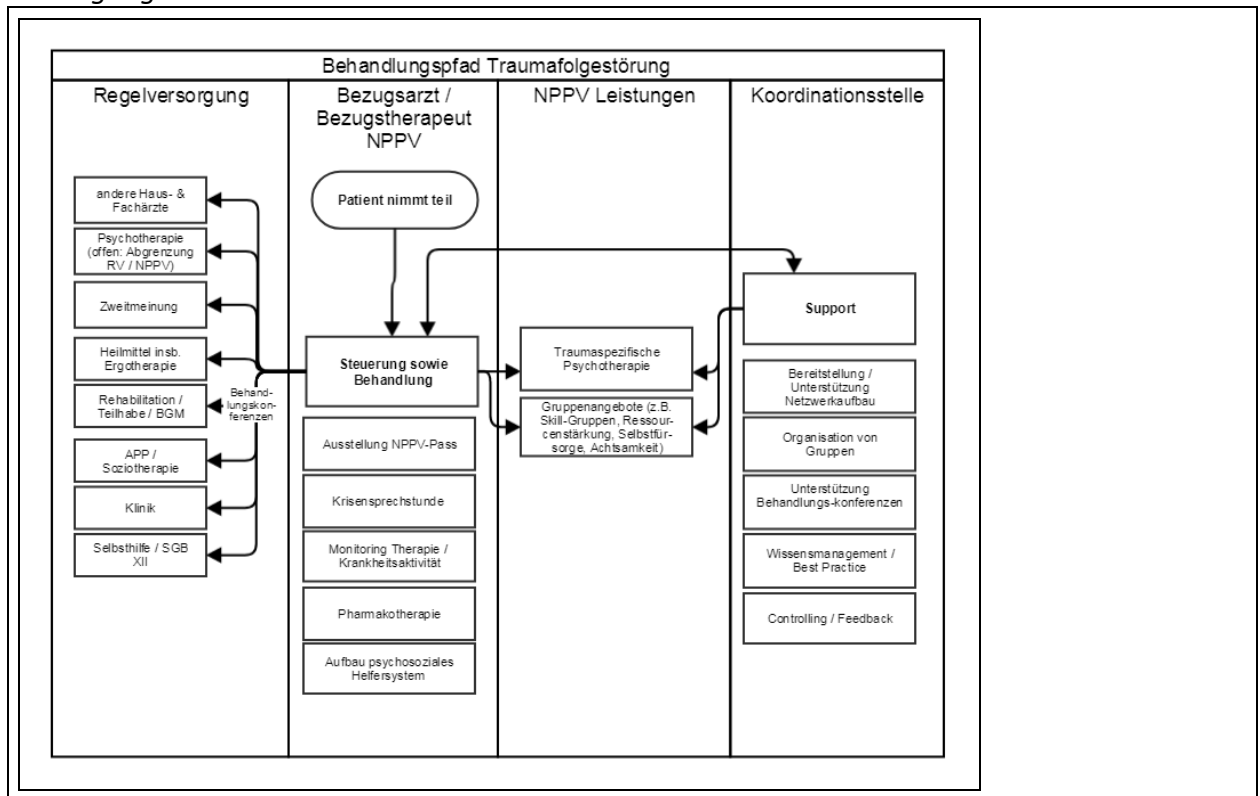
Einststeuerung



(1) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, AWMF 2011

(2) Habetha S et al., Deutsche Traumafolgekostenstudie, Kiel, IGSF 2012

Versorgung



Aussteuerung

