

Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland

Praxismodelle, Standards und Finanzierung*

von Ingmar Steinhart¹, Günther Wienberg², Christian Koch³

ABSTRACT

Eine schwere psychische Störung ist nach wie vor reflexartig mit einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung verbunden. Alternative und gleichzeitig evidenzbasierte Modelle krankenhausersetzender ambulanter psychiatrischer Akut- und Intensivbehandlung existieren bundesweit kaum und werden vom Finanzierungssystem nur unzureichend unterstützt. In dieser Studie werden erfolgversprechende bundesweite Praxismodelle ambulanter psychiatrischer Versorgung ausgewertet und Standards im Sinne eines „gemeindepsychiatrischen Basismodells“ abgeleitet. Dabei zeigt sich: Eine ambulante, bei Bedarf intensive und mobile psychiatrische Behandlung ist unter geeigneten finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen in der aktuellen deutschen Versorgungspraxis umsetzbar und hat das Potenzial, stationäre Behandlungskapazitäten zu ersetzen. Entscheidend für die nachhaltige Implementierung in der Regelversorgung sind geeignete, sozialgesetzbuchkonforme und sektorenübergreifende Finanzierungsmodelle. Vier solcher Modelle werden vorgestellt.

Schlüsselwörter: Psychiatrische Akutbehandlung, ambulante psychiatrische Versorgung, Praxismodelle, stationäre psychiatrische Versorgung, krankenhausersetzende Behandlungsmodelle

Germany's system of psychiatric care and financing currently does not sufficiently support evidence based models of outpatient acute and intensive psychiatric treatment which could help avoid hospitalisation. This study evaluates 11 promising practice models in Germany. Standard elements of a basic treatment model of community psychiatry are derived. Our results show: Given appropriate financial and organisational conditions, outpatient – if necessary intensive and mobile – psychiatric treatment would be feasible within the current German health care system. A successful implementation requires adequate cross-sectional financing models conforming to social legislation. The article outlines four best-practice models. They have the potential to reduce hospital capacities and should be implemented within the next few years in the German standard system of psychiatric care. Their cost-effectiveness should be evaluated.

Keywords: psychiatric acute care, outpatient psychiatric care, best practice, inpatient psychiatry, treatment models replacing hospitalisation

1 Einleitung

In Deutschland ist es seit den 1970er Jahren zu einem erheblichen Bettenabbau in der stationären psychiatrischen Regelversorgung gekommen: 1972 gab es 117.600 psychia-

trische Krankenhausbetten, 2005 noch 52.000 (GBE 2014). Während seit 2000 die Gesamtzahl der Krankenhausbetten stetig sank, ist seit einigen Jahren eine deutliche Tendenz zur erneuten Ausweitung stationärer psychiatrischer Kapazitäten zu verzeichnen. Die Zahl der psychiatrischen

¹Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart (korrespondierender Autor), Institut für Sozialpsychiatrie, Mecklenburg-Vorpommern, Ernst Moritz Arndt-Universität Greifswald · Ellernholzstraße 1–2 · 17487 Greifswald · Telefon: 0381 1237117 · E-Mail: ingmar.steinhart@sozialpsychiatrie-mv.de

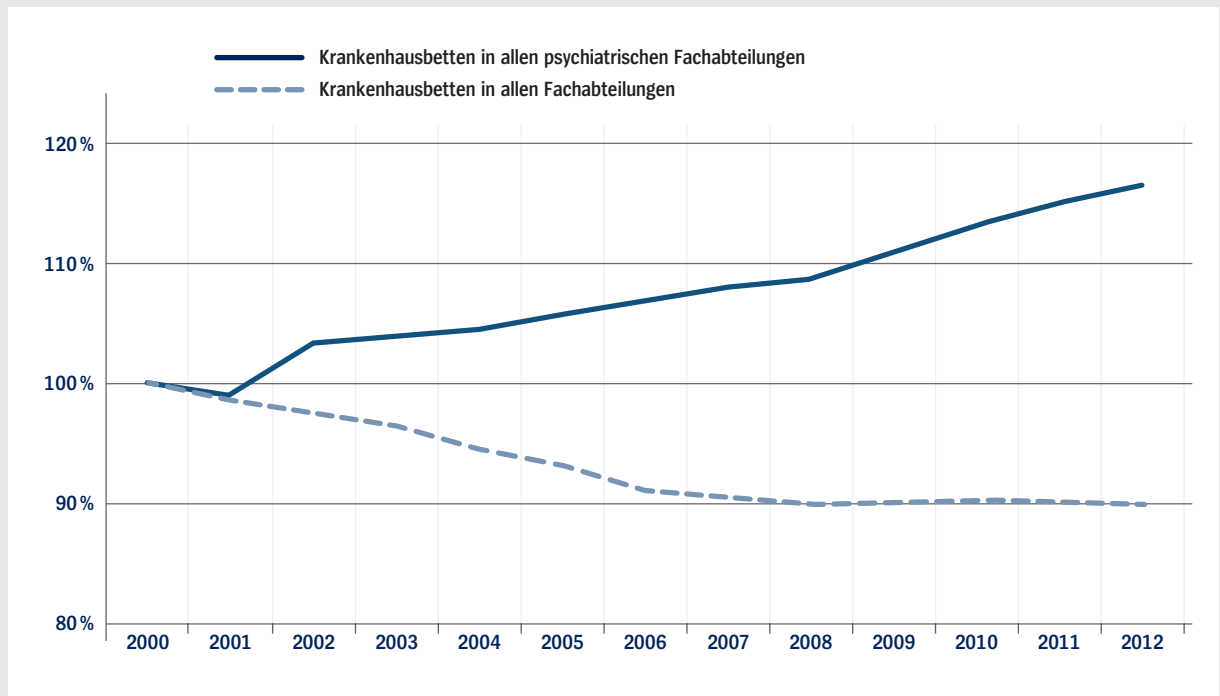
²Prof. Dr. P.H. Günther Wienberg, Dipl.-Psych., Hochschule Fulda, Fachbereich Sozialwesen, Lindenstraße 18 · 33803 Steinhagen · E-Mail: guenther.wienberg@t-online.de

³Christian Koch, Institut für Sozialpsychiatrie, Mecklenburg-Vorpommern, Ernst Moritz Arndt-Universität Greifswald · Ellernholzstraße 1–2 · 17487 Greifswald · Telefon: 0381 1237117 · E-Mail: christian.koch@sozialpsychiatrie-mv.de

*Diese wissenschaftliche Expertise wurde von verschiedenen Krankenkassen und weiteren Partnern beauftragt und finanziert. Wir danken den Auftraggebern für die Genehmigung, an dieser Stelle eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zu veröffentlichen.

ABBILDUNG 1

Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner – prozentuale Veränderung seit 2000



Quelle: www.gbe-bund.de; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

Krankenhausbetten ist zwischen 2005 und 2013 bundesweit um über 7.000 gestiegen (einschließlich Tagesklinikplätze). Noch wesentlich höhere Steigerungsraten gibt es bei Fallzahlen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und der Zahl der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in freier Praxis (Abbildung 1).

Diese Leistungsausweitung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung hat auch in der Fachöffentlichkeit zu der Auffassung geführt, dass die Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung zugenommen hat. Wiederholte Querschnitts- und Längsschnittstudien zeigen aber keinen Anstieg der Prävalenz in Deutschland und Europa (Richter et al. 2008; Wittchen et al. 2011; Kilian und Becker 2013; Richter und Berger 2014). Allerdings nimmt die institutionelle Prävalenz zu, das heißt die Inanspruchnahme ambulanter und (teil)stationärer Leistungen. Als Gründe für diese widersprüchliche Entwicklung werden diskutiert: eine allgemeine Schwellensenkung und höhere Akzeptanz

der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (PPV) in der Bevölkerung (Angermeyer et al. 2013 a); die Wahrnehmung psychischer Probleme und ihrer Behandlungsmöglichkeiten hat sich verbessert (Richter und Berger 2013; Angermeyer et al. 2013 b); Nachholeffekte bei bisher nicht versorgten oder unterversorgten Bedarfsgruppen (Wittchen et al. 2011); die Inanspruchnahme wird durch die häufigere Thematisierung in den Massenmedien gefördert (Kilian und Becker 2013). Keine Belege gibt es dagegen für eine Zunahme der Inanspruchnahme durch Entstigmatisierungseffekte (Schomerus et al. 2012; Schomerus et al. 2013).

Vor allem aber fördern Strukturprobleme eine ungesteuerte Ausweitung der Nachfrage nach Leistungen der PPV: die aufwendige und unzureichende Fallkoordination, Brüche in der Behandlungskontinuität, das Nebeneinander von Über- und Unterversorgung, Fehlanreize und Fehlallokation von Ressourcen, problematische Wettbewerbseffekte der Leistungserbringer untereinander sowie mangelnde Aus-

richtung an der Ergebnisqualität (*Melchinger 2013; Salize und Jacke 2013; Wienberg 2013*).

Insbesondere drei Tendenzen sind aktuell strukturbildend für die PPV in Deutschland:

- Leistungsbedarf und Ressourcenzuweisung verhalten sich teilweise umgekehrt proportional zueinander. So versorgen zum Beispiel die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie etwa 72 Prozent der Patienten mit 26 Prozent des Budgets, während niedergelassene Psychotherapeuten 28 Prozent der Patienten mit 74 Prozent des Budgets behandeln (*Melchinger 2013*). Dabei behandeln letztere überwiegend Personen mit leichteren bis mittelgradigen psychischen Störungen (*Kruse und Herzog 2012*).
- Behandlungsdichte und Behandlungssetting sind eng miteinander verknüpft. Das heißt, dass der Bedarf nach zeitintensiver und komplexer psychiatrischer Behandlung nur unter stationären Bedingungen gedeckt werden kann und dass Veränderungen der Behandlungsdichte regelhaft mit einem Wechsel des Behandlungssettings und damit oft auch des Behandlungskonzepts und der Bezugspersonen einhergehen. Wünsche der Patienten nach intensiver Behandlung auch außerhalb des Krankenhauses können nicht befriedigt werden.
- Belegte Betten beziehungsweise Plätze lassen sich immer noch leichter finanzieren als aufwendige ambulante Therapien. So entfallen 33 Prozent der Gesamtausgaben für die PPV auf Krankenhäuser und nur 18 Prozent auf ambulante Leistungsanbieter (*Roick 2013*).

Die Folge sind Versorgungs- und Finanzierungslücken. Kalkuliert man die GKV-finanzierten Tageskosten gängiger Leistungsangebote in der PPV, so besteht die größte Diskrepanz zwischen ambulanter und tagesklinischer Regelbehandlung; letztere ist zehnmal teurer als die aufwendigste ambulante. Auch zwischen teil- und vollstationärer Behandlung gibt es einen Preisunterschied von rund 100 Euro pro Tag. So sind Patienten mit intensiven und komplexen Behandlungsbedarfen regelhaft auf die stationäre und damit teuerste Behandlung angewiesen.

Kostenträger reagieren auf die steigende Nachfrage mit verstärkten Kontrollen und erhöhen den Druck auf die Fallkosten, zum Beispiel durch Senkung der Verweildauern. Sofern sich in der aktuellen, politisch verordneten „Denkpause“ nichts verändert, wird sich das geplante neue pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) ähnlich auswirken: Es wird durch Degression der Entgelte den Anreiz setzen, aufwendige Patienten schneller zu entlassen, ohne dass es die Möglichkeiten für intensive ambulante Behandlungen ausweitet.

2 Ein evidenzbasiertes Basismodell der Versorgung

Mit PEPP sollte die Chance genutzt werden, um die psychiatrische Regelversorgung an der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz auszurichten. Dabei ist die aktuelle S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wegweisend (*DGPPN 2013*). Sie unterscheidet zwischen einzelfallbezogenen und systembezogenen Interventionen. Bei letzteren geht es um strukturelle oder prozessbezogene Versorgungsmerkmale unabhängig von spezifischen Störungsbildern. Sie beruhen überwiegend auf Forschungsergebnissen aus dem angloamerikanischen Raum. Die deutsche Versorgungsforschung weist (noch) erhebliche Defizite auf (*Kallert et al. 2005; Kilian 2012*).

Die Versorgungsforschung bezieht sich vor allem auf Community Mental Health Teams, das Assertive Community Treatment und das Home Treatment (*Department of Health 2002; Malone et al. 2009; Assertive Community Treatment 2014; Burns 2010; Gühne et al. 2011*). Zu diesen nicht trennscharfen Modellen liegen inzwischen international weit mehr als 100 kontrollierte Studien vor. Gemeinsame Merkmale sind Multiprofessionalität, Teambasierung, regionaler Versorgungsauftrag sowie die Zielgruppe schwer psychisch kranke Personen, für die die Behandlung durch Therapeuten in vertragsärztlicher Praxis nicht ausreicht. Unterschiede beziehen sich auf Mobilität, Fallzahl je Fachkraft, zeitliche Erreichbarkeit und Akuität der Erkrankung. Alle drei Modelle weisen insgesamt signifikante Vorteile bei der Reduzierung von Zahl beziehungsweise Dauer stationärer Behandlungen, der Reduzierung von Behandlungsabbrüchen, der Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen sowie bei der Kosteneffektivität auf (*DGPPN 2013*).

Mithilfe der Analysen und Empfehlungen der S3-Leitlinie wird hier ein Basismodell der psychiatrischen Versorgung als Grundlage für die Weiterentwicklung der PPV vorgeschlagen (*Steinhart und Wienberg 2014 a; Steinhart und Wienberg 2014 b*). Um dem sozialrechtlichen Grundsatz ambulant vor stationär sowie dem Wunsch und Willen vieler psychisch kranker Menschen zu entsprechen, müssen ambulante multiprofessionelle und mobile Teams (MMT) Grundbausteine bei der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen sein, die nicht ausreichend durch niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten behandelt werden können. Mobilität beinhaltet hier vor allem die Option, die Lebens- und Sozialräume gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten als Ressource für Diagnostik und Therapie nutzbar zu machen.

Die MMT sollten im Basismodell Folgendes abdecken:

- komplexe ambulante Behandlung (analog zu Community Mental Health Teams)

- komplexe ambulante Behandlung im Lebensumfeld (analog Home Treatment)
- nachgehende Intensivbehandlung (analog Assertive Community Treatment)
- Krisenintervention und Erreichbarkeit 24 Stunden an 7 Tagen
- Gatekeeper-Funktion für andere Versorgungsbausteine durch Sicherstellung von qualifiziertem Assessment, Behandlungsplanung und -evaluation
- Behandlung in einem krankenhausalternativen Setting (Rückzugsraum)
- niedrighwelliger Zugang zu ambulanten psychotherapeutischen Leistungen (Akut-Psychotherapie)
- Sicherstellung des Zugangs zur Peer-to-Peer-Beratung durch geschulte Psychiatrieerfahrene und Angehörige (*Doughty und Tse 2011; Bock et al. 2013; Pitt et al. 2013*)
- Integration ergänzender Funktionen wie ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie und ambulante Ergotherapie

Die Ausrichtung der PPV an diesem Basismodell impliziert, dass die gesamte Behandlung von der ambulanten Seite aus neu gedacht, geplant und gesteuert wird. Auch der Zugang zu (teil)stationärer Behandlung sollte über die MMT erfolgen; die Patienten sollten während der (teil)stationären Episode idealerweise durch das MMT (mit) behandelt werden. Das Krankenhaus in seiner bisherigen Ausprägung ist nicht mehr Zentrum der Behandlung, sondern eine Option unter mehreren. Das deutsche Finanzierungssystem unterstützt ein solches ambulant gestütztes Behandlungsmodell bisher nicht ausreichend. In den letzten Jahren haben sich jedoch diverse Modelle der ambulanten Behandlung entwickelt, die zentrale Elemente des hier dargestellten Basismodells umsetzen. Ziel dieser Studie ist es, diese Modelle zu beschreiben und im Hinblick auf erfolgskritische Aspekte der Umsetzung, Standards für künftige Versorgungsangebote und Finanzierungsmodelle auszuwerten.

3 Durchführung und Methoden

Es handelt sich um eine qualitative Untersuchung auf der Basis strukturierter Interviews. Gegenstand waren elf ausgewählte Modelle krankenhausersetzender Behandlung. Die Auswahl erfolgte in Abstimmung mit den Auftraggebern. Ausgewählt wurden unterschiedliche Varianten sektorenübergreifender und leistungsorientierter psychiatrischer Behandlung, die das Ziel verfolgen, stationäre Behandlung zu ersetzen oder bei denen ein entsprechendes Potenzial erkennbar ist (*Schmid et al. 2013; Deister und Wilms 2014*). Ausgenommen waren auf Wunsch der Auftraggeber regionale psychiatrische Krankenhausbudgets.

Merkmale zu Steuerung und Finanzierung der

Bezeichnung/Träger

Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zuhause (APAH); VITOS Klinik Bamberger Hof, Frankfurt

Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg/PIBB;
Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin

Dezentrale Tageskliniken und PIA;
HELIOS Hansekrankenhaus, Stralsund

Hamburger Modell der Psychosenbehandlung;
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Integrative psychiatrische Behandlung (IPB);
Alexianer-Krankenhaus Krefeld

Integrierte Versorgung mit Jahrespauschale für alle Patienten; Zentrum für Psychiatrie Süd-Württemberg

Integrierte Versorgung Schizophrenie Niedersachsen;
I3G/Care4S

Netzwerk seelische Gesundheit Charité;
Charité-Universitätsmedizin Berlin

Optimierte Versorgung Psychiatrie;
Klinikum Hanau

PIA hochdifferenziert;
evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Stattkrankenhaus;
Pfalzkrankenhaus Klingenmünster

HT = Home Treatment, ACT = Assertive Community Treatment, PIA = Psychiatrische KHG = Krankenhausgesetz, APP = ambulante psychiatrische Pflege, CGI = Clinical

TABELLE 1

Modellprojekte

Kernelemente der Innovation	Zielgruppe/Patienten	Finanzierungsgrundlage
HT durch multiprofessionelles Team; Krisenversorgung 7 Tage/24 h (7/24)	Keine diagnosebezogenen Beschränkungen; je rund 30% Patienten mit depressiven und schizophrenen Störungen	Versorgungsvertrag nach § 118 SGB V; Fallpauschale (ab dem 7. Behandlungstag) für maximal 30 Behandlungstage
APP, HT, Krisenversorgung durch niedergelassene Fachärzte in Kooperation mit anderen Leistungsanbietern	Patienten von mehreren Krankenkassen; teils ohne diagnosebezogene Einschränkung, teils mit zusätzlicher Einstufung des Schweregrades mittels CGI/GAF	Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V, Quartalspauschale je Patient plus Bonus; unterschiedlich ausgestaltete Verträge je Krankenkasse; zusätzliche Verordnung von APP, Psychoedukation und Soziotherapie möglich
Ambulante Behandlung durch multiprofessionelle Teams an fünf zentralen und dezentralen Standorten im Verbund von PIA/Tageskliniken; HT möglich	Keine diagnosebezogenen Beschränkungen	Versorgungsverträge nach § 118 SGB V und § 17 d KHG; PIA-Abrechnung nach dem Bayerischen Modell
ACT in Kombination mit HT, Krisenversorgung 7/24, intensive Psychotherapie durch diagnose-spezifische multiprofessionelle Teams plus PIA, Tagesklinik, Psychosen-, Spezial- und Akutstation	ICD F 1x.5, F 20, F 30; Patienten von vier Krankenkassen; zusätzliche operationale Definition der Einschlusskriterien nach Schweregrad	Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V; prospektive Finanzierung nach patientenbezogenem Capitation-Modell; ab dem 3. Behandlungsjahr erfolgt Vergütung differenziert nach Schweregraden
HT durch multiprofessionelles Tagesklinikteam; Krisenversorgung 7/24	Alle Diagnosen, außer primäre Abhängigkeitserkrankung; Obdachlosigkeit ist Ausschlusskriterium	Versorgungsvertrag nach § 17 d KHG; tagesgleiches Entgelt entsprechend Tagesklinik für 7 Tage pro Woche; die Fallzahl je Tag ist gedeckelt
HT und Krisenversorgung durch multiprofessionelle Teams; personell gestärktes PIA-Team oder eigenes Krisenteam mit direkter Zuordnung zum Chefarzt	Keine diagnosebezogenen Beschränkungen; Patienten der DAK und ausgewählter BKKs	Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V; patientenbezogene Jahrespauschalen auf der Basis der Durchschnittskosten aller eingeschriebenen Patienten
Ambulante Behandlung und Krisenversorgung 7/24 durch niedergelassene Fachärzte und APP	ICD F 20; ausschließlich Patienten der AOK Niedersachsen	Integrierte Versorgung nach § 140 d SGB V; Gesamtbudget; Quartalspauschalen je Patient; zusätzlich können Ergotherapie, Soziotherapie und Rückzugsräume verordnet werden; Vertragsende voraussichtlich 12/2014
HT und Krisenversorgung 7/24 in Kombination mit systemischer Psychotherapie durch multiprofessionelles Team	Entsprechend den Gruppen des NWpG-Vertrages der Techniker Krankenkasse	Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V; patientenbezogene Jahrespauschalen nach Fallgruppen
HT, ambulante Akutbehandlung und Krisenversorgung 7/24 durch multiprofessionelles Team	Keine diagnosebezogenen Einschränkungen; Patienten von AOK Hessen und Techniker Krankenkasse	Versorgungsvertrag nach § 17 d KHG mit sektorenübergreifendem Budget und patientenbezogenen Pauschalen; seit 09/2013 Vertrag nach § 64 b SGB V
Clearing- und Leitstelle für die ambulante psych. Behandlung in Kooperation mit Niedergelassenen; täglich mindestens 2 h offene Sprechstunde; PIA mit Spezialsprechstunden/Spezialambulanzen	Keine diagnosebezogenen Einschränkungen	Versorgungsvertrag nach § 118 SGB V, Abrechnungsmodell NRW (ärztliche Leistungen nach EBM plus Pauschale für nichtärztliche Leistungen); Spezialambulanzen (Rentenversicherung, Versorgungsamt, Landesmittel)
ACT und HT durch multiprofessionelle ambulante Teams in zwei regionalen Versorgungszentren am Zentralstandort und mit dezentraler Tagesklinik	ICD F 10, F 20 und F 30; ausschließlich Patienten der DAK	Integrierte Versorgung nach § 140 d SGB V; drei Pauschalen auf Basis des retrospektiven Ausgabenvolumens: I „stationär“, II „Folgejahr“ und III „PIA“

Die verantwortlichen leitenden Ärzte (Oberärzte, Chefärzte) der Modelle und in drei Fällen zusätzlich Vertreter der jeweiligen Verwaltung/Geschäftsführung wurden im Sommer 2013 interviewt, in einem Fall ausschließlich ein Vertreter der Geschäftsführung. Es wurde ein strukturiertes, leitfadengestütztes Interview von 90 bis 150 Minuten geführt. Bei Bedarf wurden bei der jeweils federführenden Krankenkasse oder den Verantwortlichen für die Modelle offene oder unklare Punkte über Nachfragen geklärt. Vorhandene Dokumente und Publikationen wurden einbezogen.

Übereinstimmende und unterscheidende Struktur- und Prozessmerkmale der Modelle wurden im Quervergleich herausgearbeitet (Tabelle 1). Die wichtigsten Merkmale der untersuchten Modelle wurden bereits anderweitig publiziert (Steinhart et al. 2014).

Bezüglich der Finanzierungsgrundlage lassen sich vier Gruppen unterscheiden: krankenhausbasierte Modelle mit Versorgungsverträgen nach Paragraph 118 Sozialgesetzbuch (SGB) V, nach Paragraph 17 d Krankenhausgesetz oder nach Paragraph 140 a SGB V sowie praxisbasierte Modelle mit Versorgungsverträgen nach Paragraph 140 a SGB V.

4 Ergebnisse

4.1 Fachkonzepte und Organisation

Die ambulante, bei Bedarf mobile und intensive Behandlung durch MMT, organisiert von Krankenhäusern oder in Kooperation von niedergelassenen Fachärzten und ambulanter psychiatrischer Pflege ist unter geeigneten finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen gut in der deutschen Versorgungspraxis umsetzbar.

Dabei können drei Konzeptvarianten unterschieden werden:

- Erweiterung der psychiatrischen Institutsambulanz, zum Beispiel in Verbindung mit mobilen (Krisen-)Teams
- Flexibilisierung und Ausdifferenzierung des Tagesklinikangebots
- Erweiterung des nervenärztlichen Leistungsspektrums durch ergänzende Leistungen wie ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie etc.

Auch wenn die untersuchten Modelle bisher unzureichend systematisch evaluiert wurden beziehungsweise entsprechende Daten bisher nicht publiziert wurden (Ausnahme die Modelle in Hamburg und Süd-Württemberg), ergibt sich aus den verfügbaren Informationen: Ambulanzen und Tageskliniken, die ihre Behandlungsoptionen durch MMT ausweiten, haben das Potenzial, Krankenhauseinweisungen tatsächlich

zu reduzieren und damit den Bedarf an stationären Kapazitäten zu reduzieren. Ein ähnliches Potenzial haben Praxen von niedergelassenen Fachärzten, wenn sie mit vergleichbaren therapeutischen Optionen ausgestattet sind (Fischer et al. 2013).

Als erfolgskritische Bedingungen für die Umsetzung konnten wir identifizieren:

- *Überzeugte und überzeugende Führung*: Ein von der Innovation überzeugter und überzeugender Promoter (in der Regel der Chefarzt) macht die Umsetzung des Konzepts erkennbar zu seiner Sache und treibt sie mit persönlichem Einsatz voran.
- *Multiprofessionelles Innovationsteam*: aus sorgfältig ausgewählten, erfahrenen und motivierten Akteuren aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammengesetzt; für die neue Aufgabenstellung speziell qualifiziert und supervidiert.
- *Aktive Unterstützung durch das Klinikmanagement*: Geschäftsführung und andere Entscheidungsträger im Klinikmanagement sind von der Innovation überzeugt und gestalten die organisatorischen, finanzierungstechnischen und leistungsrechtlichen Prozesse engagiert mit.
- *Qualifiziertes Assessment als Schlüsselfunktion*: In der Startphase nimmt das Assessment, das heißt die Zuweisung von Patienten zu Behandlungsfunktionen durch erfahrene Fachärzte, eine Schlüsselfunktion ein. Es klärt, für welche Patienten mit den verfügbaren Ressourcen ein krankenhausersetzendes Behandlungsarrangement verantwortlich und umsetzbar ist und stellt die konzeptionelle und personelle „Brücke“ zwischen den Behandlungssektoren sicher.
- *Innovationsbudget und Vertrauensbonus durch die Kostenträger*: Die beteiligten Kostenträger stellen den finanziellen Rahmen für die Innovation zur Verfügung und verbinden diesen mit einem Vertrauensvorschuss statt mit verstärkten Kontrollen. Bei den untersuchten Modellen gingen die vorübergehend anfallenden zusätzlichen Kosten, zum Beispiel für Personalentwicklung (Qualifizierung der Mitarbeitenden), Verwaltungsaufwand (Anpassungen im Controlling und der Leistungsabrechnung) und zusätzliche extramurale Aktivitäten (neue Standorte/Räumlichkeiten, Fahrzeuge, IT-Ressourcen etc.) größtenteils zulasten der Leistungserbringer.

Folgende Aspekte sind in den untersuchten Modellen – von Ausnahmen abgesehen – bisher zu wenig berücksichtigt beziehungsweise umgesetzt worden:

- Umsetzung evidenzbasierter Konzepte der Früherkennung und Erstbehandlung von jungen psychisch kranken beziehungsweise gefährdeten Menschen unter Public-Health-Gesichtspunkten (van der Gaag et al. 2013)
- Einbeziehung von Empowerment- und Partizipationsstrategien, zum Beispiel Peer-to-Peer-Beratung, ExIn-Modelle

- (geschulte Psychiatrieerfahrene sind als Genesungsbegleiter in psychiatrischen Diensten/Einrichtungen tätig)
- Strukturelle Verknüpfungen mit anderen Anbietern von SGB-V-Leistungen (niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, ambulante psychiatrische Pflege etc.) und die systematische Bearbeitung der Schnittstellen zu angrenzenden Versorgungsbereichen wie Eingliederungshilfe (SGB XII) oder Jugendhilfe (SGB VIII)
 - Spezifische Angebote für spezielle Zielgruppen, zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund, wohnungslose psychisch kranke Menschen

4.2 Steuerungs- und Finanzierungsmodelle

Alle untersuchten Modelle streben an, die Versorgungs- und Finanzierungslücken zwischen Institutsambulanz- und Tagesklinikbehandlung sowie zwischen Tagesklinik- und stationärer Behandlung zu schließen und damit stationäre Krankenhausbehandlung zu ersetzen. So gibt es in einigen Modellen Anreize, um vollstationäre Behandlungsepisoden kurz zu halten oder zu vermeiden (zum Beispiel durch Bonus-Malus-Regelungen oder Vermeidung von Quersubventionierungen). Es fehlt allerdings eine systematische, budgetbezogene Verknüpfung der innovativen ambulanten und tagesklinischen Versorgungselemente mit der Entwicklung der stationären Kapazitäten. Aus den untersuchten Modellen lassen sich allerdings Anforderungen ableiten, die für die Entwicklung von entsprechenden Finanzierungs- und Steuerungsmodellen genutzt werden sollten:

- Steuerungs- und Finanzierungsmodelle sind so auszugestalten, dass sie eine regionale Vollversorgung ermöglichen (*Deister und Wilm 2014*), das heißt perspektivisch alle psychiatrischen Diagnosegruppen sowie die Patienten aller Krankenkassen einbeziehen. Selektivverträge einzelner Kassen auf der Basis von einzelnen Diagnosegruppen verschärfen die strukturellen Probleme.
- Die sektoralen Teilbudgets (ambulant, teilstationär, stationär) müssen im Sinne „kommunizierender Röhren“ miteinander verbunden sein. Ein unverbundenen Nebeneinander ausgeweiteter Budgets für innovative ambulante Versorgungsmodelle und fortgeschriebener stationärer Budgets führt zu Kostensteigerungen.
- Es ist eine transparente Begrenzung der insgesamt verfügbaren finanziellen Ressourcen vorzusehen (rechnerisches Gesamtbudget), einschließlich der Regeln für dessen Fortschreibung.
- Das Finanzierungsmodell muss einfach gehalten werden, der (zusätzliche) Aufwand für Leistungserbringung, Controlling und Leistungsabrechnung muss sich in Grenzen halten.
- Neben den direkten patientenbezogenen Leistungen sind bei der Finanzierung fallunabhängige Leistungen zu berücksichtigen, zum Beispiel für niedrigschwellige psychotherapeutische Leistungen („Krisensprechstunde“) und Peer-to-Peer-Beratung.

- Die Qualitätssicherung sollte sich vorrangig an Kriterien der Ergebnis- und Prozessqualität orientieren.
- Der (vorübergehende) Organisationsentwicklungsaufwand für Leistungserbringer und -träger beim Übergang auf das neue Versorgungsmodell ist zu refinanzieren.

Auf dieser Grundlage können vier mögliche Finanzierungs- und Steuerungsmodelle für krankenhausersetzende ambulante und tagesklinische Behandlung herausgearbeitet werden, die jeweils unterschiedliche Chancen und Risiken bergen. Allen gemeinsam ist eine gedeckelte Gesamtfinanzierung statt eines nach oben offenen Budgets.

4.2.1 Das Modell „Ambulant flexibel“

Das Modell „Ambulant flexibel“ setzt ganz auf die Stärkung der ambulanten Versorgung. Das Behandlungsangebot wird konsequent aus der ambulanten Perspektive gestaltet und gesteuert. Es stellt daher aus der fachlichen Perspektive das weitestgehende Modell dar. Die Patienten werden nach einem qualifizierten Assessment auf Grundlage empirisch begründeter Indikatoren oder klinischer Ratings prospektiv über einen bestimmten Zeitraum (ein Quartal, ein Jahr) Versorgungskategorien zugeordnet, die die Fallschwere und den Behandlungsaufwand reflektieren und sektorenübergreifend Grundlage für die Finanzierung sind. Sie schließen notwendige teil- und vollstationäre Behandlungsphasen ein. Ein Anreiz zum Upcoding ist nicht gegeben, da das Gesamtbudget begrenzt ist. Prospektive Pauschalen haben sich in mehreren der untersuchten Modelle grundsätzlich bewährt. Der regelmäßige Assessment-Aufwand ist jedoch hoch und stellt die verantwortlichen Fachkräfte vor besondere Anforderungen. Außerdem muss ein komplett neues Angebots- und Finanzierungsmodell etabliert werden, das kaum auf vorhandene Systeme/Praktiken zurückgreifen kann.

4.2.2 Das Modell „Ambulant plus“

Das Modell „Ambulant plus“ setzt ebenfalls auf ein vorrangig ambulant organisiertes Versorgungssystem. Es basiert auf der retrospektiven Einzelabrechnung ambulanter Leistungen durch niedergelassene Fachärzte oder Institutsambulanzen, zum Beispiel nach dem relativ verbreiteten bayerischen Abrechnungsmodell. Damit könnten nach Experteneinschätzungen bis zu drei Viertel aller notwendigen Leistungen abgebildet werden, einschließlich Home Treatment, Gruppentherapien, Psychoedukation etc. Bei besonders komplexen Fallkonstellationen könnten ergänzende Bedarfe über zusätzliche gestufte und zeitbasierte Pauschalen (quartalsweise, jährlich) abgedeckt werden. Diese bilden zum Beispiel den Aufwand für nicht direkt patientenbezogene Leistungen wie Netzwerkarbeit, Kontakte zu Arbeitgebern oder für Intervallbehandlung im häuslichen Milieu und Familientherapie ab. Die Zuordnung zu den Pauschalen muss auch hier durch empirisch begründete Indikatoren erfolgen. Die höchste Pauschale könnte einen Basisanteil teil- oder auch vollstationärer

Behandlung einschließen. In diesem Modell verfügen die MMT durch eine Kombination von Einzelabrechnung und ergänzenden Pauschalen über abgestufte Möglichkeiten, um die Inanspruchnahme stationärer Behandlung zu minimieren. Positive Erfahrungen mit einem ähnlichen Ansatz für Praxen (Facharztleistungen mit Zuschlägen für ambulante psychiatrische Pflege, Case Management etc.) gibt es in Berlin, Brandenburg und Niedersachsen. Dieses Modell bewegt sich weitgehend in der gängigen Abrechnungssystematik. So bleibt das finanzielle Risiko für Leistungserbringer überschaubar, und das Leistungsgeschehen ist für Kostenträger weitgehend transparent. Der Aufwand für Personal- und Organisationsentwicklung ist auch in diesem Modell hoch.

4.2.3 Das Modell „Tagesklinik flexibel“

Das Modell „Tagesklinik flexibel“ stellt diese in den Mittelpunkt des Steuerungs- und Finanzierungsmodells. Die Modelle in Krefeld und in Süd-Württemberg zeigen, dass flexibilisierte tagesklinische Behandlungskonzepte einen Beitrag zur Entlastung der stationären Versorgung leisten können, wenn die teilstationäre Behandlung vom physischen Ort Tagesklinik entkoppelt wird und Mitarbeiter der Tagesklinik als MMT flexibel und bei Bedarf aufsuchend agieren können. Das räumliche Setting der Tagesklinik wird so zur Ressource für Bedarfe, die vorübergehend nicht rein ambulant abgedeckt werden können. Das Modell flexibilisiert das Spektrum der Standard-Tagesklinik nach oben und unten mit Funktionen wie zum Beispiel: „akut“ an 7 Tagen/Woche, gegebenenfalls mit Zugriff auf Krisenbetten; „variabel“ mit Intervallbehandlung an wenigen Tagen/Woche über einen längeren Zeitraum oder „light“ mit eingeschränktem, individuell passgenauem Therapieprogramm an ausgewählten (Halb-)Tagen je Woche/Monat. Die Finanzierung über tagesgleiche Entgelte bietet einen Anreiz, im Rahmen des Gesamtbudgets möglichst viele Patienten über die ressourcenschonende tagesklinische Behandlung zu versorgen. Die Zuordnung von Patienten zu den Funktionen erfolgt wiederum anhand von empirisch begründeten Indikatoren. Zwar bestehen die strukturellen Grenzen der Sektoren in diesem Modell zunächst fort, dem kann aber durch eine enge konzeptionelle, sozialraumbezogene Abstimmung zwischen den Sektoren und durch organisatorische Vorkehrungen (zum Beispiel gemeinsame Oberarztverantwortung, Personalrotation) entgegengewirkt werden.

4.2.4 Das Modell „Krankenhaus flexibel“

Das Modell „Krankenhaus flexibel“ ist das in den Auswirkungen auf Steuerung und Finanzierung weitestgehende Modell. Es knüpft an das OVP-Modell in Hanau an und beinhaltet ein sektorenübergreifendes Krankenhausgesamtbudget, das Institutsambulanz, Tageskliniken und den vollstationären Bereich einschließt. Die Finanzierung erfolgt über tagesbezogene Entgelte, die auf erweiterten Psychiatrie-Personalverordnungsgruppierungsmerkmalen beruhen. Damit ist eine große Nähe zu dem noch geltenden Abrechnungs-

modell für die (teil)stationäre Psychiatrie und im Vergleich zu den gängigen Krankenhausregionalbudgets ein höheres Maß an Transparenz des Leistungsgeschehens gegeben. Das Modell kann alle fachlichen Anforderungen an ein modernes, evidenzbasiertes Versorgungskonzept erfüllen und eine transparente, sektorenübergreifende Leistungserbringung gewährleisten. Der Strukturwandel für das Krankenhaus ist allerdings tiefgreifend, alle wesentlichen Routinen (Dokumentation, Leistungsabrechnung und Controlling) müssen angepasst beziehungsweise neu gestaltet werden. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die vier beschriebenen Steuerungs- und Finanzierungsmodelle.

5 Diskussion

Der Vorrang ambulanter Leistungen gehört seit Jahrzehnten ebenso zu den tragenden Prinzipien der deutschen Sozialgesetzgebung wie zu den Grundsätzen einer zeitgemäßen Psychiatrie und wird insbesondere von Psychiatrieerfahrenen zunehmend eingefordert. Der Ruf der Angehörigen nach einer flächendeckenden Versorgung mit mobilen ambulanten psychiatrischen Krisendiensten verhallt seit Jahrzehnten ohne Echo – von einzelnen gelungenen Initiativen abgesehen. Auch die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen von 2006, die seit 2008 Bundesrecht ist, betont insbesondere die Partizipation und Wahlfreiheit für Menschen mit Behinderungen, wozu auch die stetig zunehmende Gruppe der Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen zählt. In Artikel 9 wird grundsätzlich die Herstellung der „Zugänglichkeit“ und in Artikel 19 die Barrierefreiheit von Hilfen, insbesondere der „Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause“, gefordert. Hierzu gehört im psychiatrischen Bereich vor allem der niedrigschwellige Zugang zur Versorgung in akuten Krisen, zu einer Behandlung im persönlichen Lebensumfeld (Home Treatment) oder zu psychotherapeutischer Behandlung.

Von einer konsequenten Umsetzung all dieser Anforderungen kann aber keine Rede sein. Die ambulante Behandlung psychisch Kranker in ihrem Lebensumfeld wird zum Beispiel in Großbritannien seit den 1980er Jahren erforscht und in verschiedenen Varianten systematisch implementiert (Brenner et al. 2000; Pfammatter et al. 2000; Berhe et al. 2005; Weinmann und Gaebel 2005). Auch aktuelle Übersichtsarbeiten postulieren die ambulante Akutbehandlung als krankenhausersetzende Behandlungsalternative (Gühne et al. 2011; Weinmann et al. 2012). Das deutsche zersplitterte und versäulte Versorgungs- und Finanzierungssystem erschwert die Umsetzung ambulanter, bei Bedarf mobiler multiprofessioneller Akut- und Intensivbehandlung mit Krisenbereitschaft rund um die Uhr aber erheblich. Gleich-

TABELLE 2

Merkmale zu Steuerung und Finanzierung unterschiedlicher Modelle

Modell	Flexible ambulante	Ambulant	Flexible	Flexibles
Finanzierungsgrundlage	ambulant	ambulant	teilstationär	Krankenhaus gesamt (OVP-Systematik)
Finanzierungsmodus	Pauschalen nach Indikatoren (z. B. Fallschwere)	Einzelabrechnung kombiniert mit Pauschalen nach Indikatoren	tagesbezogene Entgelte	tagesbezogene Entgelte
Zeitbezug	prospektiv	retrospektiv und prospektiv	retrospektiv	retrospektiv
Assessment-Aufwand	hoch, fortlaufend	erhöht; auf rund 20 bis 30% der Fälle begrenzt	hoch	erhöht („fachliche Budgetsteuerung“)
Change-Aufwand für a) Organisation (OE/PE) b) Kostenträger	extrem hoch sehr hoch	hoch leicht erhöht	hoch leicht erhöht	sehr hoch eher gering
Administrativer Zusatzaufwand	sehr hoch	eher gering	eher gering	hoch
Transparenz des Leistungsgeschehens	eher gering	hoch	eher gering	hoch (bei strikter OVP-Systematik)
Sektorenübergreifende Ausrichtung	ja	bedingt (im Sinne krankenhauseretzender ambulanter Behandlung)	bedingt (im Sinne krankenhauseretzender teilstationärer Behandlung)	ja

OE = Organisationsentwicklung, PE = Personalentwicklung,
OVP = Optimierte Versorgung in der Psychiatrie (Hanauer Modell)

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

wohl gibt es inzwischen bundesweit mehr als ein Dutzend Projekte, die versuchen, die Versorgungslücken zwischen gängiger tagesklinischer und stationärer Behandlung sowie zwischen tagesklinischer und ambulanter Facharzt- beziehungsweise PIA-Behandlung zu schließen. Unsere Studie soll allen Akteuren Mut machen, dass solche Modelle in Deutschland fachlich-konzeptionell und finanzierungstechnisch umsetzbar sind. Insbesondere zeigen sie eine Alternative zur Logik des vom Bundesgesetzgeber geplanten neuen

Finanzierungssystems (PEPP) auf und bieten Chancen, die PPV in Deutschland stärker evidenzbasiert auszurichten.

Es liegen bisher jedoch noch zu wenige kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit krankenhauseretzender Behandlungsmodelle jenseits regionaler Krankenhausbudgets im Rahmen eines regionalen Pflichtversorgungskontextes belegen. Dies gilt auch für die hier untersuchten Modelle. Lediglich für das Hamburger Modell liegen Evaluationsergebnisse aus

mehreren Studien vor, die auf eine wirksame Reduzierung der Krankenhausinanspruchnahme hindeuten (*Lambert et al. 2010; Karow et al. 2012; Lambert et al. 2014; Karow et al. 2014*). Kritisch zu bewerten ist, dass die in Deutschland aktuell insbesondere seitens der Krankenkassen verhandelten Modelle nach Paragraph 64 b SGB V nicht an dem oben skizzierten, evidenzbasierten Basismodell der Versorgung ausgerichtet sind. Auch die Transparenz des Leistungsgeschehens ist dabei nicht immer gegeben. Die Schnittstellen in der Kooperation und bei der Steuerung der Finanzressourcen zu anderen Leistungsanbietern, insbesondere zu Fachärzten und zum Leistungsgeschehen im SGB XII, stehen bisher ebenso wenig im Fokus wie die Stärkung der Nutzerbeteiligung (Peer-to-Peer-Beratung etc.). Umsetzungsstrategien sollten sich künftig eindeutiger als bisher an dem hier beschriebenen Basismodell der Versorgung orientieren. Modelle mit eindeutig ambulantem Schwerpunkt sind stärker als bisher zu fördern, umzusetzen und zu evaluieren. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Einführung innovativer ambulanter und tagesklinischer Behandlungsmodelle die Inanspruchnahme stationärer Versorgung wahrscheinlich nur dort reduziert, wo die Inanspruchnahme stationärer Betten hoch ist, und sofern die Innovation mit einer Bettenreduktion strukturell verknüpft wird (*Weinmann et al. 2012*). In jedem Fall erfordert eine Integration der oben genannten innovativen ambulanten Bausteine in die psychiatrische Regelversorgung zumindest mittelfristig eine Gegenfinanzierung aus den bestehenden Budgets des (teil-)stationären Bereichs, um eine entsprechende Wirkung zu entfalten. Der Abbau vollstationärer Bettenkapazitäten wird nach einer Phase des Systemumbaus mit der Einführung der genannten Bausteine erst mittelfristig eine Kostendämpfung der Ausgaben bewirken. Unklare Transformationsbedingungen in ein neues System, insbesondere die fehlende Bereitstellung der Umbaukosten vom (noch) stationär basierten zum ambulant basierten System, halten viele Leistungsanbieter – ob in privater oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft – derzeit davon ab, die Implementierung in Angriff zu nehmen.

Um Befürchtungen bezüglich Kostenschüben bei Kostenträgern und geringeren Gewinnmargen bei Leistungsanbietern

entgegenzutreten, muss ein neues Entgeltsystem entsprechende Anreize setzen. Bundestag und Bundesregierung, vor allem aber die Partner, die die Neugestaltung des psychiatrischen Finanzierungssystems vereinbaren, sind gefordert, den Innovationsstau zu beseitigen und die aktuelle Umsetzungspause zu nutzen, um eine wirkliche Innovation durchzusetzen. Entsprechende Evidenzen und Erfahrungen liegen vor, sowohl aus der internationalen Forschung als auch aus zahlreichen bundesdeutschen Praxismodellen. Es ist bemerkenswert, dass sich trotz der geschilderten Rahmenbedingungen immer wieder einzelne Akteure engagieren, um weiterführende Modelle in die Praxis umzusetzen. Erwähnenswert ist, dass unter Federführung der AOK Bremen/Bremerhaven, der Techniker Krankenkasse und dem Land Bremen derzeit die Umsetzung eines an diese Überlegungen angelehnten Modells mit ambulantem Schwerpunkt auf Basis des Paragraphen 64 b SGB V in Bremerhaven geprüft wird. Dieses Modell wird in einem auf breite Beteiligung abzielenden Prozess unter Einschluss aller relevanten Akteure entwickelt. Neben den Leistungsanbietern gehören dazu insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrieerfahrenen. Das Modellvorhaben erstreckt sich zunächst auf den Behandlungsbereich SGB V, soll aber in einem weiteren Schritt auf den Bereich Teilhabe (SGB XII) ausgeweitet werden.

Zwei bisher deutlich vernachlässigte Aspekte erscheinen neben der Umgestaltung des Versorgungsangebots und der Finanzierungssysteme für die Weiterentwicklung der Psychiatrie von Bedeutung: die Stärkung von Prävention und Versorgungsforschung.

- Präventionsprojekte sollten zukünftig stärker in die sozialräumlich organisierten Versorgungsstrukturen implementiert werden, denn vor Ort bestehen wirksamere Interventionsmöglichkeiten in den jeweiligen Sozialraum hinein.
- Wegen der Vielfalt der Projekte und der Unterschiedlichkeit der Vorgehensweisen, sollten Forschungsanstrengungen künftig darauf gerichtet sein, unterschiedliche Umsetzungsvarianten vergleichend zu evaluieren. Wünschenswert sind Multicenter-Studien, die von vornherein auch Kosten-Effektivitätsaspekte einschließen.

Literatur

- Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G (2013 a):** Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Band 48, 1629–1635
- Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G (2013 b):** Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *British Journal of Psychiatry*, Band 203, 146–151
- Assertive Community Treatment (2014):** www.actassociation.org/actModel
- Berhe T, Puschner B, Kilian R et al. (2005):** „Home treatment“ für psychische Erkrankungen – Begriffsklärung und Wirksamkeit. *Nervenarzt*, Band 76, 822–831
- Bock T, Mahlke C, Schulz G et al. (2013):** Eigensinn und Psychose, Peer-Beratung und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, Band 58, 364–370
- Brenner HD, Junghan U, Pfammatter M (2000):** Gemeindeintegrierte Akutversorgung – Möglichkeiten und Grenzen. *Nervenarzt*, Band 71, 691–699
- Burns T (2010):** The rise and fall of assertive community treatment. *International Review of Psychiatry*, Band 22, Heft 2, 130–137
- Deister A, Wilms B (2014):** Regionale Verantwortung übernehmen – Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Köln: Psychiatrie-Verlag
- Department of Health (2002):** Mental Health Policy Implementation Guide – Community Mental Health Teams; webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@ps/documents/digitalassets/dh_085652.pdf
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) (2013):** S3-Praxisleitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Heidelberg: Springer
- Doughty C, Tse S (2011):** Can consumer-led mental health services be equally effective? An integrative review of CLMH services in high-income countries. *Community Mental Health Journal*, Band 47, 252–266
- Fischer F, Hoffmann KM, Mönter N et al. (2013):** Evaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke; <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343438>
- GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014):** www.gbe-bund.de → Gesundheitsversorgung → Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung → Krankenhäuser (scrollen bis Seite 3) → Tabelle (gestaltbar) „Krankenhäuser/Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Betten, Nutzungsgrad, u.a. nach Einrichtungsmerkmalen“
- Gühne U, Weinmann S, Arnold K et al. (2011):** Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, Band 38, 114–122
- Kallert TW, Leiße M, Kulke C et al. (2005):** Evidenzbasierung gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote in Deutschland: eine Bestandsaufnahme. *Das Gesundheitswesen*, Band 67, 342–354
- Karow A, Bock T, Daubmann A et al. (2014):** Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2 – Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis*, Band 41, 266–273
- Karow A, Reimer J, König HH et al. (2012):** Cost-effectiveness of 12-month therapeutic Assertive Community Treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with Quetiapine immediate release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry*, Band 73, 402–408
- Kilian R, Becker T (2013):** Gibt es eine Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland? *Kerbe*, Heft 3, 4–6
- Kilian R (2012):** Gesundheitsökonomische Evaluation gemeindepsychiatrischer Interventionen. *Nervenarzt*, Band 83, 832–839
- Kruse J, Herzog W (2012):** Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und Effizienz. Zwischenbericht zum Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf
- Lambert M, Bock T, Daubmann A et al. (2014):** Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1 – Rationales, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis*, Band 41, 257–265
- Lambert M, Bock T, Schöttle D et al. (2010):** Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: A 12-month trial in patients with first- and multiple-episode Schizophrenia Spectrum Disorders treated with Quetiapine immediate release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry*, Band 71, 1313–1323
- Malone D, Marriott s, Newton-Howes G et al. (2009):** Community Mental Health Teams for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Schizophrenia Bulletin*, Band 35, Heft 1, 13–14
- Melchinger H (2013):** Schwierigkeiten, Verteilungsprobleme, Leistungsstrukturen und Bedarf in der Versorgung. Vortrag Tagung „Psychosen – Persönliches Leiden und gesellschaftliche Realität“, Evangelische Akademie Loccum
- Pfammatter M, Junghan U, Brenner HD (2000):** Die Psychiatriereform geht in eine neue Runde: Möglichkeiten und Grenzen einer gemeindeintegrierten (Akut-)Versorgung. *Krankenhauspsychiatrie*, Sonderheft 1: S2–S11
- Pitt V, Lowe D, Hill S et al. (2013):** Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane-Library*, Ausgabe 3
- Richter D, Berger K, Reker T (2008):** Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, Band 35, 321–330
- Richter D, Berger K (2013):** Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis*, Band 40, 176–182

Roick C (2013): Integrierte psychiatrische Versorgung aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung. *Nervenheilkunde*, Heft 5, 264–269

Salize HJ, Jacke CO (2013): Integrierte Versorgung aus Sicht der Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie. *Nervenheilkunde*, Heft 5, 293–300

Schmid P, Steinert T, Borbé R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, Band 40, 414–424

Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC (2013): Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness. *Psychological Medicine*, Heft 4, 1–12

Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A et al. (2012): Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Band 125, 440–452

Steinhart I, Wienberg G (2014 a): Plädoyer für ein funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, Band 41, 179–181

Steinhart I, Wienberg G (2014 b): Reformstau in der psychiatrischen Regelversorgung – Die Standards der Wissenschaft und der UN-BRK müssen die Grundlage eines neuen Finanzierungssystems werden. *Psychosoziale Umschau*, Heft 3, 10–12

Steinhart I, Wienberg G, Koch C (2014): Es geht doch! Krankenhausersetzende Psychiatrische Behandlung in Deutschland – Praxiserfahrungen und Finanzierung. *Psychiatrische Praxis*, zur Veröffentlichung angenommen

Van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A et al. (2013): Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer follow-ups. *Schizophrenia Research*, Band 149, 56–62

Weinmann S, Gaebel, W (2005): Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen – Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. *Nervenarzt*, Band 76, 809–821

Weinmann S, Gühne U, Kösters M et al. (2012): Teambasierte Gemeindepsychiatrie. *Nervenarzt*, Band 83, 825–831

Wienberg G (2013): 40 Jahre Psychiatriereform in Deutschland – Auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie? *Sozialpsychiatrische Informationen*, Band 44, Heft 1, 4–9

Wittchen HU, Jakobi F, Rehm J et al. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, Band 21, 655–679

DIE AUTOREN



Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart, Dipl.-Psych., Jahrgang 1955, Studium der Psychologie in Bonn, Promotion an der FU Berlin, seit 2004 Honorarprofessur für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald. Von 1980 bis 1990 wissenschaftliche Tätigkeit in der Abteilung für Sozialpsychiatrie der FU Berlin. Seit 1992 als verantwortlicher Geschäftsführer



Prof. Dr. P.H. Günther Wienberg, Dipl.-Psych., Jahrgang 1953, Studium der Psychologie an den Universitäten Göttingen und Hamburg; 1998 Promotion in Gesundheitswissenschaften. Seit 2012 Honorarprofessor an der Hochschule Fulda im Fachbereich Sozialwesen. Von 1977 bis 1984 Tätigkeit als Klinischer Psychologe in einem gemeindepsychi-



Christian Koch, Jahrgang 1974, Krankenversicherungsbetriebswirt. Nach mehrjähriger Tätigkeit in verschiedenen Bereichen der Vertrags- und Versorgungsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern von 2002 bis 2010 Geschäfts-bereichsleiter „Grundsatzfragen, Strategien, Verträge Ärzte“

Federführung bei der Konversion und Dezentralisierung größerer (psychiatrischer) Anstalten in Brandenburg und seit 2000 in Nordrhein-Westfalen. Forschungs- und Praxisschwerpunkte: Verbindung von Fachlichkeit und Ökonomie, Modelle zur krankenhausersetzenden Behandlung, Heim-Alternativen und Modelle zur Vollversorgung.

atrischen Modellprojekt. Seit 2011 Lehrtätigkeit an der Hochschule Fulda im Master-Studiengang Gemeindepsychiatrie, seit 2011 freier Mitarbeiter des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Versorgung Abhängigkeitskranker, Psychoedukation bei Schizophrenie, Krisenintervention.

bei der AOK Niedersachsen. Seit 2010 an der Leuphana Universität Lüneburg als wirtschaftlicher Projektleiter für den Bereich Business Development verantwortlich. Im Team des Instituts für Sozialpsychiatrie in Greifswald ist er als freier Mitarbeiter an der Neugestaltung psychiatrischer Versorgungsstrukturen beteiligt.