

# „Managed Care“ in der Psychiatrie?

## Das TK-„Netzwerk psychische Gesundheit“ als Modell für die integrierte Versorgung psychisch Kranker

*Das Vergütungssystem in der Psychiatrie steht angesichts der dynamischen Kostenentwicklung auf dem Prüfstand. Der Gesetzgeber möchte ab 2013 – budgetneutral - leistungsbezogene Tagesentgelte eingeführt wissen, viele Akteure im stationären Sektor propagieren Regionalbudgets, gleichzeitig reklamiert der ambulante Sektor seinen Anteil an den jährlich fälligen GKV-Milliarden. Mögliche Ursachen wie z.B. eine fehlgeleitete Medikalisierung psychosozial schwieriger Lebens- und Arbeitssituationen, eine Überbewertung der Pharmakotherapie mit „Roll-back“ in Richtung Krankenhausbehandlung, schließlich Re-Hospitalisierung, Chronifizierung und Exklusion kommen in der aktuellen Debatte eher zu kurz. Die Probleme auf der Ausgabenseite sind jedoch nicht lösbar, wenn nicht die (stationäre) Über-, (ambulante) Unter- und (pharma- und psychotherapeutische) Fehlversorgung psychisch Kranker strukturell angegangen wird. Ein vielversprechender Ansatz ist die Integrierte Versorgung.*

■ Thomas M. Ruprecht, Johannes Klüsener

### Ausgangslage

Menschen mit psychischen Erkrankungen, vor allem bei chronischen Verläufen, benötigen wohnortnahe, 24h täglich erreichbare Hilfe, denn eine Krise entsteht unabhängig von Praxiszeiten. Oft ist jedoch der Gang ins Krankenhaus die einzige, schnell erreichbare Behandlungsmöglichkeit. Die therapeutische Zuwendung während des Klinikaufenthalts ist auf wenige Stunden pro Tag beschränkt. Danach bleibt für viele Betroffene unklar, wie und bei wem es mit einer Behandlung weitergeht. Es entstehen Behandlungsunterbrechungen durch Wartezeiten und Therapieabbrüche, die zu einer erneuten Zuspitzung von der Symptomatik führen können.

Gefragt sind daher ein zeitnahe, niedrighwelliger und jeder Zeit verfügbarer Zugang zur Versorgung sowie ein multiprofessionelles, gut koordiniertes Vorgehen über die Sektorengrenzen hinweg. Vor allem eine gestufte („stepped care“) und gut vernetzte ambulante Behandlung

*Dr. Thomas M. Ruprecht, Arzt, Fachreferent der Techniker Krankenkasse*

*Johannes Klüsener, Psychologischer Psychotherapeut, Versicherungskaufmann, Fachreferent der Techniker Krankenkasse*

unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in Behandlungsentscheidungen (Triolog) kann eine langfristige Stabilisierung erreichen und erhalten. Dies ist inzwischen gut belegt (vgl. u.a. HALL et al. 2009, LEHMAN et al. 2003, DIXON 2000) und seit der Psychiatrie-Enquete (DEUTSCHER BUNDESTAG 1972) auch für Deutschland als Zielvorgabe anerkannt, in der gegenwärtigen Versorgungswirklichkeit jedoch nach wie vor nicht gewährleistet.

Zu konstatieren ist statt einer De-Institutionalisierung eine Um-Institutionalisierung psychiatrischer Versorgung. „Es spricht nichts dafür, dass heute weniger Menschen mit psychischen Störungen in institutionellen Bezügen versorgt werden als zu Zeiten der Enquete.“ (WIENBERG 2008) Darüber hinaus bestehen weiterhin und wieder zunehmend „Tendenzen zur Ausgrenzung der »Schwierigen« in gemeindeferne Institutionen am Rande oder außerhalb der psychiatrischen Versorgung, die nicht in der Lage sind, den besonderen Unterstützungsbedarf, der sich aus der psychischen Störung ergibt, angemessen abzudecken.“ (ebd.). Die Folge sind immer wiederkehrende Krankenhauseinweisungen von Patienten, die gut ambulant behandelbar wären, sowie z.T. hohe Verweildauern, die nicht primär therapeutisch, sondern sozial bedingt sind.

Die Kostenträger beobachten dementsprechend schon seit längerem dynamisch und überproportional steigende Leistungsausgaben für akute (teil-) stationäre Behandlungen (SGBV), aber auch in anderen Versorgungskreisen (z.B. SGB IX, XI, XII). Allein die TECHNIKER KRANKENKASSE hat zwischen 2005 und 2008 bei den akutstationären Behandlungen Zuwachsraten von über 20% zu verzeichnen, bei gleichzeitig geringfügig abnehmenden Verweildauern pro Fall bzw. Fallkosten. Zusammen betrachtet deuten diese Zahlen darauf hin, dass psychiatrische Patienten im Schnitt pro Aufenthalt zwar tendenziell kürzer, dafür aber wieder häufiger im Krankenhaus behandelt werden („Drehtür-Psychiatrie“). Auch die Betrachtung einzelner Diagnosebereiche wie der Schizophrenie kommt zu gleichgerichteten Ergebnissen (vgl. ZEIDLER/GREINER 2008).

Für die Betroffenen bedeutet diese Entwicklung nicht nur eine vielfach auf zu hohem Niveau verbleibende Krankheitslast, sondern auch eine verstärkte Re-Institutionalisierung psychiatrischer Versorgung mit ihren hinlänglich bekannten Folgen der Chronifizierung und Exklusion (vgl. u.a. LAY et al. 2006, LAUBER et al 2006).

Vor allem in Deutschland besteht mit Blick auf erfolgreiche ambulante Versorgungsmodelle in vergleichbaren europäischen Ländern dringender Handlungsbedarf.

### **Das „NetzWerk psychische Gesundheit“ der TECHNIKER KRANKENKASSE**

Die TECHNIKER KRANKENKASSE hat daher einen Referenzvertrag zur integrierten Versorgung psychisch Kranker neu entwickelt (nach § 140a und b SGB V): Das „NetzWerk psychische Gesundheit“ (NWpG). Fachliche Beratung, Unterstützung bei der Gewinnung von Vertragspartnern und publizistische Begleitung leistete der DACHVERBAND GEMEINDEPSYCHIATRIE, der sich bereits seit 2004 für die Öffnung sozialpsychiatrischer Träger in den SGBV-Bereich stark macht. Das NetzWerk komplementiert die oft lückenhaften und schlecht vernetzten ambulanten Versorgungsstrukturen mit zusätzlichen Leistungsmodulen und ebnet den Weg für den Ausbau einer wohnortnahen Versorgung. Auf einer Bundespressekonferenz am 28. Januar 2010 lud die TECHNIKER KRANKENKASSE alle anderen gesetzlichen Krankenkassen ein, dem Vertrag beizutreten in der Hoffnung, dadurch deutlich schneller und nachhaltiger die erforderlichen Struktureffekte in der Versorgung zu erzielen.

Eingeschriebene Versicherte können soweit möglich in ihrem vertrauten Umfeld bleiben und dort stabilisiert und begleitet werden. Hauptziele des Vertrages sind

1. für die TECHNIKER KRANKENKASSE als Gemeinschaft von Versicherten:
  - Erhalt der Patientenautonomie - Förderung der Selbstbestimmung und Eigenständigkeit mit dem Ziel „Recovery“ und Inklusion

- Verhindern von Chronifizierung durch frühzeitige Unterstützung und Behandlung
- Einbeziehung der Angehörigen und/oder Lebenspartner (Trialog)
- Soweit möglich ambulante Versorgung *statt* stationärer Behandlung
- Sicherung eines kontinuierlichen Behandlungsverlaufs durch sektorübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit.

2. für die TECHNIKER KRANKENKASSE als Kostenträger:

- Sukzessive Umlenkung der Geldflüsse vom stationären in den ambulanten Bereich durch Umsteuerung von stationären auf ambulante, integrierte und wohnortnahe Versorgungsformen
- Bessere Qualität der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen bei stabilen oder sogar sinkenden Gesamtkosten

### **Zielgruppe und Zusteuerung**

Versicherte mit einer ICD-10-Diagnose F10.5 bis F94, die in den letzten 12 Monaten vor Einschreibung in mindestens einem Quartal Antidepressiva oder Antipsychotika verordnet bekamen oder wegen psychischer Probleme im Krankenhaus behandelt wurden (maßgeblich ist die Hauptentlassdiagnose), können am „NetzWerk“-Vertrag teilnehmen. Damit soll auch erreicht werden, dass primär Betroffene mit einer tendenziell höheren Krankheitslast unterstützt werden können, um den oben erwähnten Ausgrenzungstendenzen und dem „inverse care law“ (HART 1971) entgegen zu wirken. Die Zusteuerung der Versicherten geschieht auf Basis der Einschlusskriterien durch die Krankenkasse in Zusammenarbeit mit dem Vertragspartner bzw. den am Vertrag teilnehmenden Netzwerkpartnern. Die Versicherten können sich regulär bis zu drei Jahre einschreiben, eine Verlängerung um jeweils 12 Monate auf Antrag ist möglich.

### **Leistungen**

Dem Versicherten und ggf. seinen Angehörigen stehen konkret folgende Angebote zur Verfügung:

- ein persönlicher Ansprechpartner oder Bezugsbegleiter,
- telefonische Beratung und schnelle Terminvergabe (außerhalb von Krisensituationen binnen drei Werktagen),
- bei Bedarf Hausbesuche (Netzwerkgespräche) im Sinne des „need-adapted treatment“ (Therapeutische Versammlung, vgl. ADERHOLD et al 2003) bzw. assertive community treatment (DIXON 2000),

- definierte Behandlungs-Module, die je nach Bedarf und *ergänzend* zur Behandlung beim Hausarzt, Facharzt oder Psychotherapeuten zum Einsatz kommen:
  - Häusliche psychiatrische Krankenpflege
  - Soziotherapie
  - Psychoedukation
  - Intensivbetreuung/Stabilisierung
  - Krisenintervention, bei Bedarf im Rückzugsraum/ in der Krisenpension
  - Kurzzeit-Psychotherapie (fakultativ, variabel, ohne Anwendung der Psychotherapie-Richtlinien).

Durch die ausgewählten Vertragspartner ist darüber hinaus eine Vernetzung mit Angeboten des Betreuten Wohnens, der Rehabilitation und der beruflichen Wiedereingliederung gewährleistet. Begleitend erfolgt ein Qualitätsmonitoring mit regelmäßiger Patienten- und Angehörigenbefragung, einem Fremd-Assessment durch die Therapeuten sowie einer wissenschaftlichen Evaluation auf der Basis von GKV-Leistungs- und Routinedaten.

Alle im Rahmen des Vertrages angebotenen therapeutischen Elemente werden von einer zentralen Stelle beim Vertragspartner koordiniert. Diese Unterstützung des Versicherten in seinem Lebensumfeld mit dem Ziel, ihn und ggf. seine Angehörigen dialogisch in die Planung und Durchführung seiner Behandlung aktiv einzubeziehen sowie seine Stärken und Ressourcen für die Genesung nutzbar zu machen (Recovery) soll der „Drehtür-Psychiatrie“ entgegenwirken und vor allem

- stationäre Aufnahmen und Wiederaufnahmen verhindern,
- Verweildauern im Krankenhaus senken,
- Therapieabbrüche vermeiden,
- die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage verringern und
- eine leitliniengerechte Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie (vgl. DGSP 2009) fördern,
- Angehörige entlasten.

Die einzelnen Leistungsmodule können im Rahmen des NetzWerk-Vertrages vom Vertragspartner bzw. den mit ihm kooperierenden Leistungserbringern nach Bedarf frei veranlasst werden, spezielle Genehmigungen durch die Krankenkasse entfallen.

## Managed Care-Aspekte des NWpG-Vertrages

Bei näherer Betrachtung erfüllt das NWpG eine Reihe von Kriterien, die u.a. der Sachverständigenrat in seinem jüngsten Sondergutachten (SVR 2009) als charakteristisch für „Managed Care“ dargelegt hat. Folgende Aspekte sind hier von Belang:

- Regionalität und Populationsbezug: Der NWpG-Vertrag wird auf Landesebene abgeschlossen, für eine klar definierte Zielpopulation;
- Ziel des Vertrages ist u.a. die Senkung der Krankenhauskosten durch einen höheren und strukturell neuartigen Organisationsgrad der ambulanten Versorgung;
- die Versorgung geschieht sektor- und berufsgruppenübergreifend;
- der Kostenträger kontrahiert selektiv;
- Management-Strukturen müssen zur Koordination etabliert sein,
- die Versicherten nutzen „preferred provider“ im Rahmen des NWpG;
- die Begleitung ist nachhaltig: die Einschreibedauer des Versicherten beträgt regulär bis zu 3 Jahren, danach ist auf Antrag und bei Bedarf eine Verlängerung ohne Limitierung möglich;
- Capitation: die Vergütung erfolgt pauschal über prospektiv berechnete, risikoadjustierte Kopfpauschalen pro Versichertem und Jahr mit Beteiligung des Leistungserbringers am finanziellen Risiko;
- Transparenz und Outcome-Orientierung ist durch ein Qualitätsmonitoring nebst wissenschaftlicher Evaluation sichergestellt, die einheitliche Qualitätsindikatoren zugrunde legen (Health of Nations Outcome Scale (HONOS) sowie per Befragung Patienten und Angehörige einbeziehen (WHOQoL, CSQ8).

## Das NWpG als „Patient-Centered Medical Home“ und „Chronic-Care“-Modell

Auch das im SVR-Gutachten beschriebene Konzept des „Patient-Centered Medical Home“ findet sich im NWpG wieder. Eine Gegenüberstellung (siehe nachfolgende Seite) verdeutlicht dies.

Offensichtlich wird an dieser Aufstellung auch, dass das NWpG dem „Chronic Care-Modell“ zur umfassenden Versorgung chronisch Kranker gerecht wird (vgl. SVR 2009, 135ff).

## Vertragspartner

Das NWpG ist regional aufgestellt und populationsbezogen. Die NetzWerk-Verträge werden in (Pilot-) Versorgungsregionen mit der jeweiligen Landesvertretung der TECHNIKER KRANKENKASSE abgeschlossen. Andere Krankenkassen können beitreten, vereinbaren die Vergütung mit den NWpG-Vertragspartnern aber gesondert. Letztere sind in erster Linie gemeinde- und sozialpsychiatrisch ausgerichtete Träger, die sich an den z.B. in Skandinavien bereits etablierten Behandlungsformen orientieren

Tabelle 1: Vergleich „Patient-Centered Medical Home“ mit „NetzWerk psychische Gesundheit“

Elemente/Charakteristika von ...	
... Patient-Centered Medical Home (zitiert nach SVR 2009, S. 131)	... NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG)
„Jeder Patient hat einen persönlichen Arzt“	Jeder Versicherte hat einen persönlichen Ansprechpartner im Netz
„Der persönliche Arzt leitet ein Team von Gesundheitsprofessionals, welches als Gesamtheit für die Behandlung verantwortlich ist.“	Die Koordinationsstelle im NWpG koordiniert für und mit dem Versicherten die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer (Haus- u. Fachärzte, Pflege, Soziotherapeuten, Psychoedukation, Psychotherapie, PIAs, (teil-)stationäre Einrichtungen usw.) und trägt für diese Koordination die Verantwortung
„Die Patientenversorgung ist über ihr gesamtes Kontinuum im Gesundheitswesen und in der Gemeinde abgestimmt (care is coordinated and/or integrated)“	
„Qualität und Sicherheit sind die entscheidenden Merkmale der medizinischen Praxis“	Durch die Vernetzung und Koordination entsteht mit Blick auf Recovery und Inklusion höhere Qualität und Sicherheit als bisher. Gemessen wird dies mittels regelmäßigen Patienten- und Angehörigenbefragungen, Erst- und halbjährlichen Re-Assessments (HoNOS) und einer wissenschaftlichen Evaluation aller Ergebnisse inkl. Nutzung von GKV-Routinedaten.
„Verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung wird durch offene Termingestaltung, erweiterte Öffnungszeiten und durch neue Optionen wie Gruppensitzungen und Telefonsprechstunden ermöglicht.“	Das die NWpG-Koordinationsstelle ist rund um die Uhr 7 Tage die Woche telefonisch erreichbar. Die Standardform der Begleitung ist das „Home Treatment“ durch ein multiprofessionelles Team unter Einbeziehung der Angehörigen. Kriseninterventionen erfolgen unverzüglich beim Patienten zuhause, bei Bedarf mit Überleitung in die Krisenstation oder die stationäre Versorgung; Psychoedukationsgruppen stehen Versicherten und Angehörigen nach Wunsch und Bedarf zur Verfügung.
„Diese neuen Werte müssen sich in der Vergütung abbilden.“	Die Vergütung erfolgt über eine personenbezogene Versorgungspauschale pro Jahr. Gelingt es, (teil-) stationäre Aufenthalte zu vermeiden, wird zusätzlich ein Bonus ausgeschüttet.
„Individuelle Behandlungspläne, angemessene Informationstechnologien, Abbildung der Arbeit anhand geeigneter patienten- und praxisbezogener Indikatoren.“	Im Erst-Assessment nach Aufnahme ins NWpG wird ein Behandlungsplan erstellt; die Vernetzung aller Akteure erfolgt IT-gestützt über eine für alle je nach Rolle zugängliche elektronische Patientenakte; das Qualitätsmonitoring erfolgt u.a. über den „Health of Nations Outcome Scale“ (HoNOS) des Royal College of Physicians (London), den „Quality of Life“-Patientenfragebogen der WHO (WHOQoL) und den Angehörigen-Fragebogen CSQ-8

oder diese bereits anwenden. Zwingend ist die Vorhaltung von Krisenpensionen oder Rückzugsräumen. Träger stationärer Einrichtungen kommen nur dann als Vertragspartner in Betracht, wenn sie sich nachweislich für eine mittel- und langfristige „Ambulantisierung“ ihrer psychiatrischen Tätigkeit strategisch entschieden haben und bereit sind, neue Wege zu gehen.

## Vergütungsmodell

Eine besondere Neuerung des „Netzwerk“-Vertrages ist die Vergütungsregelung. Sie arbeitet mit einer „Capitation“, also einem festen Betrag pro Versichertem und Jahr („Versorgungspauschale“) sowie zielbezogenen Leistungsanreizen („pay for performance“) analog der Vorgaben des §140c SGB V: *„Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.“* Das Modell wurde in drei Schritten entwickelt:

**Schritt 1:** In den pseudonymisierten Daten aller TK-Versicherten mit F-Diagnosen aus dem Kalenderjahr 2006 wurde ein möglichst optimaler Pfad gesucht, der zu Gruppen von Versicherten mit dem niedrigsten bis höchsten Risiko für einen Krankenhausaufenthalt führt (ohne Abhängigkeitserkrankungen (F1) und gerontopsychiatrische Patienten (F0)). Die erfolgte stationäre Behandlung gilt hier als Morbiditätsindikator.

**Schritt 2:** Die Daten der Versicherten mit geringstem Krankenhaus-Risiko (unter 1%) werden bei der weiteren Analyse ausgeschlossen, da sich der Vertrag primär an Menschen mit einer höheren Krankheitslast richtet. Damit

reduziert sich die Anzahl der betrachteten TK-Versicherten in 2006 von  $n = 431.000$  auf  $n = 235.000$ .

**Schritt 3:** Auf Grundlage der Daten dieser 235.000 TK-Versicherten mit moderatem bis hohem Krankenhausrisiko wurde für das Folgejahr statistisch ein Pfad ermittelt, der zu einer Gruppe mit niedrigen bis hohen Krankenhauswahrscheinlichkeiten und damit entsprechend prognostizierbaren Leistungsausgaben führt. Es handelt sich um ein lernendes Modell auf SAS-Basis, das sich per Validierung der Prognosen an den IST-Daten aus 2007 solange optimiert hat, bis das Modell eine maximal mögliche Güte erreicht und die prognostisch errechneten Leistungsausgaben die „historischen“ IST-Kosten in 2007 abbilden. Eine Lösung mit sechs Vergütungsgruppen erwies sich als optimal.

## Prospektive berechnete Kopfpauschalen

Die sechs Vergütungsgruppen zeigen prognostizierte Leistungsausgaben zwischen 56 Mio € (Gruppe 1) und 19 Mio € (Gruppe 6) für das Folgejahr - hier 2007 (siehe Abb.1). Umgerechnet auf den einzelnen Versicherten ergeben sich durchschnittliche Vergütungspauschalen zwischen 294 € p.a. in der Gruppe 1 und 6117 € pro Jahr in der Gruppe 6. Die statistische Wahrscheinlichkeit für die Aufnahme in ein Krankenhaus im Folgejahr (ohne Intervention!) liegt zwischen 3,4% in Gruppe 1 und 33,8% in Gruppe 6.

Dieses Prognosemodell bildet die Basis für weitere regionale Anpassungen und die Hochrechnung auf Versorgungspauschalen des Jahres 2010. Zu ihrer Berechnung werden die Vergütungspauschalen multipliziert mit Hebesätzen für häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, die Behandlungen in psychiatrischen Institutsambulanzen

LA (Prognose)	Versicherte	pro Kopf €	LoH (Prognose)
1   56 Mio €	1   191.988	1   294 €	1   3,4%
2   15 Mio €	2   17.337	2   859 €	2   7,4%
3   17 Mio €	3   11.333	3   1.512 €	3   13,1%
4   16 Mio €	4   8.105	4   1.980 €	4   17,8%
5   10 Mio €	5   2.273	5   4.704 €	5   36,8%
6   19 Mio €	6   3.358	6   6.117 €	6   33,8%

Abb. 1: Leistungsausgaben (LA), Versichertenzahl, Kopfpauschale und Krankenhauswahrscheinlichkeit („Likelihood of Hospitalisation – LoH) je Vergütungsgruppe im NwPG-Modell

sowie einem Regionalfaktor, der das stationäre Kostenniveau in der Region im Vergleich zum Bundesdurchschnitt abbildet. Die so ermittelten Versorgungspauschalen je eingeschriebenem Versicherten ergeben in Summe für die eingeschriebene Population das Gesamtbudget, aus dem die zusätzlich zur Regelversorgung angebotenen Vertragsleistungen finanziert werden müssen. Eine jährliche Anpassung auf Basis der Grundlohnsummensteigerung sowie neuer Modellrechnungen für die Folgejahre ist für die Krankenkasse verpflichtend.

Da die (prognostizierten) Kosten für (teil-) stationäre und PIA-Leistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie durch Ausschüttung der Versorgungspauschale an den Vertragspartner für die Krankenkasse bereits entstanden sind, ist folglich eine nachträgliche Kürzung vorgesehen: Wird ein eingeschriebener Versicherter z.B. akut stationär, teilstationär oder in einer PIA behandelt und diese Behandlung(en) mit der Krankenkasse abgerechnet, muss das Budget des Vertragspartners um die dadurch entstandenen Leistungsausgaben gekürzt werden, da auch hier der Euro nur einmal ausgegeben werden kann bzw. darf. Zudem entfällt - sofern es zur Abrechnung stationärer, teilstationärer oder PIA-Kosten kommt - für diese Versicherten der vereinbarte Bonus (10% der Versorgungspauschale). Auf diese Weise besteht auch ein wirtschaftlicher Anreiz („pay for performance“), stationäre Behandlungen zu vermeiden oder zumindest auf das erforderliche Minimum zu begrenzen bzw. durch Kooperation vor allem mit psychiatrischen Institutsambulanzen, aber auch geeigneten stationären Trägern zu Budget- und Bonus-schonenden bilateralen Regelungen zu gelangen.

Bei Erfolg des „Netzwerk“-Modells wird sich schrittweise eine Umschichtung finanzieller Ressourcen aus der stationären in die ambulante Versorgung ergeben. Die im stationären Sektor eingesparten Gelder kommen dann vernetzten, aufeinander abgestimmten Behandlungsstrukturen im ambulanten Bereich zugute. Die TECHNIKER KRANKENKASSE ist damit die erste Krankenkasse, die ein umfassendes Managed-Care-Modell zur Schaffung nachhaltiger sozial- und gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen vorlegt und erprobt, das auch den Vergleich mit internationalen Standards (vgl. SVR 2009) nicht scheuen muss.

## Ausblick

Zum 1. September 2009 ist das NWpG in Berlin (Schöneberg-Tempelhof) in Versorgung gestellt worden, in 2010 sind auch Bremen, Bayern (München und Augsburg), Niedersachsen (Göttingen), Schleswig-Holstein (Lübeck) und Baden-Württemberg (Stuttgart) gestartet, weitere in Vorbereitung befindliche Standorte sind Niedersachsen-Nord, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen. Der Beitritt anderer Krankenkassen ist möglich und seitens der TECHNIKER KRANKENKASSE auch ausdrücklich

erwünscht. Die KKH-Allianz hat bereits für Bayern ihren Beitritt zum 1.10.2010 erklärt, weitere zeichnen sich bereits ab, da nur durch eine ausreichend hohe Zahl eingeschriebener Versicherter ein nachhaltiger Struktureffekt erzielt werden kann.

## Literatur

- Aderhold V, Alanen Y, Hess G, Hohn P (Hrsg.) (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen, Psychosozial Verlag
- Alanen YO, Lehtinen K, Rääkköläinen V, Aaltonen J (1991): Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr Scand.* 1991 May;83(5):363-72
- Alanen YO (1997): Vulnerability to schizophrenia and psychotherapeutic treatment of schizophrenic patients: towards an integrated view. *Psychiatry* 60:142-57
- Deutscher Bundestag (1972) Zwischenbericht der Enquete-Kommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (BT-Drucksache 7/4201)
- DGSP (2009): Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. - DGSP - zur Anwendung von Antipsychotika. Berlin / www.dgsp-ev.de
- Dixon L (2000): Assertive community treatment: twenty-five years of gold. *Psychiatr Serv.* 51:759-65
- DÖRNER K (2005) Das Menschenbild in der psychiatrischen Versorgung. *Gemeindenähe Psychiatr* 26, 73 - 87
- Elsner C, Plocher DW, Roze S, Mazzi C (2004): „Predictive Modeling“: Werkzeug für effizientes Disease Management. *Dtsch Arztebl* 101: A-1724 / B-1434 / C-1381
- Ernst-Basten G (2008): Wie kann die Integration chronisch psychisch kranker Menschen in die Gemeinde (wirklich) gelingen? In: Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie 2008(1):34-36
- Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach F, Korff M, Ormel J (2006): Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psych Med* 36:7-14
- Gensichen J, Peitz M, Torge M, Mosig-Frey J, Wendt-Hermainski H, Rosemann T, Gerlach FM, Löwe B (2006): Die „Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL)“ mit integriertem PHQ-D - Rationale und Entwicklung eines Instruments für das hausärztliche Case Management bei Depression. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh Wes.* 100:375-382
- Gensichen J, Beyer M, Schwäbe N, Gerlach FM (2004): Hausärztliche Begleitung von Patienten mit Depression durch Case Management - Ein BMBF-Projekt. *Z Allg Med* 80:507-511
- Hall J, Callaghan P (2009) Part 1: The organization of mental health care. Contrasting prevailing approaches with integrated care pathways - care plans, case management and integrated care pathways. *Int J Care Pathways* 13:17-22
- Hall J, Callaghan P (2009) Part 2: The organization of mental health care. Contrasting prevailing approaches with integrated care pathways - integrated care pathways, the care programme approach and clinical guidelines. *Int J Care Pathways* 13:23-29
- Hart JT (1971): The Inverse Care Law. *The Lancet* 297:405 - 412
- Hoyer J, Helbig S, Wittchen HU (2006): Experiences with Psychotherapy for Depression in Routine Care: a Naturalistic Patient Survey in German. *Clin. Psychol. Psychother.* 13:414-421
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson, BT (2008): Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine* - www.plosmedicine.org, 5(2) e45
- Lauber C, Lay B, Rössler W (2006): Length of first admission and treatment outcome in patients with unipolar depression. *J Affect Disord* 93:43-51
- Lay B, Lauber C, Rössler W (2006): Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *Europ Psychiatr* 21:401-409
- Lehman AF, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, Green-Paden L, Kreyenbuhl J. (2003): Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 26:939-54
- Memorandum der DGSP zur Anwendung von Antipsychotika. Typoscript, 2009 (<http://psychiatrie.de/data/pdf/fd/08/00/Memorandum.pdf>)
- Möws V (2006) Kostenstrategien der Krankenkassen im DRG-Zeitalter. Hamburg

- Ohm G, Meigel-Schleiff C, Lambert M, Naber D (2007): Integrierte 24-Stunden-Betreuung vor Ort. Neue Interventionsform für psychotische Patienten am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. KU-Sonderheft 10/2007, 34-36
- PRIEBE S, BADESCONYI A, FIORITTI A, HANSSON L, KILIAN R, TORRES-GONZALES F, TURNER T, WIERSMA D (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison on service provision from six European countries. *BMJ* 330, 123 - 126
- Retzlaff R, Sydow K, Rotthaus W, Beher S, Schweitzer J (2009): Systemische Therapie als evidenzbasiertes Verfahren – aktuelle Fakten, Entscheidungen und Aussichten. *Psychotherapeutenjournal* 1/2009, 4-16
- Robert Koch Institut / Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008): Psychotherapeutische Versorgung. Heft 41, Berlin
- Warnke I, Rössler W (2008) Length of stay by ICD-based diagnostic groups as basis for the remuneration of psychiatric inpatient care in Switzerland? *Swiss Med Wkly* 138:520-527
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 (Kurzfassung), 137 (Abschnitt 153)
- Seikkula J, Trimble D (2005): Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Fam Process*. 44:461-75
- Wienberg G (2008) Gemeindepsychiatrie heute - Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. *Sozialpsychiatrische Informationen* 1/2008, 2-13
- Zeidler J, Greiner W (2008) Krankheitskosten der Schizophrenie aus der Perspektive einer Krankenversicherung. Krankheitskostenanalyse zum Krankheitsbild der Schizophrenie auf der Basis von Krankenkassen-Routinedaten. Endbericht. Typoscript, Hannover

## Gesundheitssport – ein vernachlässigtes Mittel zur Förderung der öffentlichen Gesundheit



### Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssport

Von PD Dr. Michael Tiemann

2010, 252 S., brosch., 49,90 €, ISBN 978-3-8329-5696-7

Körperlich-sportliche Aktivität und spezifische Gesundheitssportprogramme beinhalten ein großes Potenzial zur Förderung der Öffentlichen Gesundheit. Dieses wird bislang allerdings wenig genutzt, wobei insbesondere die fehlende Vernetzung zwischen Akteuren des Sport- und des Gesundheitssystems ein großes Manko darstellt.

Der Band gibt einen detaillierten Überblick über bedeutsame Ansätze zur Förderung der Öffentlichen Gesundheit durch körperlich-sportliche Aktivität und deren Evidenzbasierung. Weiter wird ein neues, über einen 7-jährigen Zeitraum erfolgreich erprobtes Konzept zur Vernetzung von Ärzten, Krankenkassen und Gesundheitssportanbietern vorgestellt. Besonders bemerkenswert ist dabei die Beteiligung von über 1.300 Ärzten. Des Weiteren werden die Effekte der in diesem Kontext eingesetzten Gesundheitssportprogramme für inaktive und gesundheitlich belastete Erwachsene dargestellt. Neben Verbesserungen des Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhaltens konnten damit auch positive Veränderungen im Hinblick auf Gesundheitskosten erzielt werden.

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei unter ► [www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)



**Nomos**