

Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen

von Jörn Moock¹, Christian Koch¹, Wolfram Kawohl¹

ABSTRACT

Psychische Störungen verursachen eine beträchtliche Krankheitslast in der Bevölkerung und gehören weltweit zu den vorrangigen Gesundheitsproblemen. Diese Entwicklung geht einher mit steigenden Ausgaben bei gleichzeitig stagnierenden Einnahmen sowie einer ineffizienten Verteilung der vorhandenen Ressourcen. Neue Modelle wie das seit dem Jahr 2000 vom Gesetzgeber ermöglichte Konzept der „Integrierten Versorgung“ (IV) setzen an diesem Punkt an. Mit der Weiterentwicklung der gesetzlichen Voraussetzungen für IV durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurde der Weg für eine nachhaltige Einführung sektorübergreifender, interdisziplinärer und facharztübergreifender Versorgungsnetze geebnet. Für den psychiatrischen Bereich ist dies bisher nur begrenzt umgesetzt. Dies stellt insofern einen Missstand dar, als dass gerade in diesem Bereich Patienten häufig unterschiedlichste Behandlungen in Anspruch nehmen, die eine intersektorale Abstimmung in besonderem Maße erforderlich machen

Schlüsselwörter: Integrierte Versorgung, Psychiatrie, Versorgungsforschung, ambulante Versorgung

Mental disorders cause a considerable disease burden in the population and are among the major health problems worldwide. This development is accompanied by increased expenditures, combined with stagnant revenue and an inefficient allocation of resources. New models like the concept of “integrated care” which legislation provided for in 2000 are addressing this issue. With the advancement of legal requirements for integrated care, the SHI Modernization Act of 2004 paved the way for a sustainable implementation of cross-sectoral, interdisciplinary and cross-specialist health care supply networks. In the psychiatric field, implementation is as yet limited. This presents a drawback in so far as psychiatric patients often claim very different kinds of treatments which specifically require inter-sectoral coordination.

Keywords: integrated care, psychiatry, health services research, outpatient care

1 Einleitung

Nach Einschätzung der Weltbank und der Harvard University zum „global burden of disease“ werden depressive Erkrankungen im Jahr 2020 den zweitgrößten Beitrag zu den „disability-adjusted life years“ (DALYs) leisten (Murray und Lopez 1996). Schon heute weisen epidemiologische Querschnittuntersuchungen hohe Prävalenzraten bei psychischen Erkrankungen sowohl im Erwachsenen- als auch im Kindes- und Jugendalter auf (Jacobi et al. 2004). Nach Daten des Bundesgesundheits surveys 1998 liegt die Zwölfmonatsprävalenz

für psychische Störungen bei Erwachsenen bei rund 30 Prozent (Jacobi et al. 2004) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2001) schätzt die Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen auf zwischen zehn und 20 Prozent. Bei Erwachsenen sind affektive Störungen und Angststörungen die häufigsten psychischen Erkrankungen, gefolgt von den somatoformen Störungen und den Suchterkrankungen (Wittchen und Jacobi 2001).

Aus gesundheitsökonomischer Perspektive ist insbesondere die dauerhafte Auseinanderentwicklung von Einnahmen-

¹ Dr rer. med. Jörn Moock, ¹Christian Koch, ¹Prof. Dr. med. Wolfram Kawohl, Kompetenztandem „Vernetzte Versorgung“ Innovations-Inkubator · Leuphana Universität Lüneburg · Rothenbleicher Weg 67 · 21335 Lüneburg · Telefon: 04131 677-7824 · Für die Autoren: joern.moock@inkubator.leuphana.de

basis und Leistungsausgaben problematisch. Im Jahr 2010 betrug die Ausgaben für Gesundheitsleistungen 287,3 Milliarden Euro. Im Vergleich zum Vorjahr ergibt dies ein Plus von 3,2 Prozent (8,9 Milliarden Euro) (OECD 2012). Im internationalen Vergleich belegt Deutschland eine Spitzenposition bei den Kosten für Gesundheit (SVR 2001; OECD 2008). Die Hauptursachen für diese Ausgabensteigerung werden im demografischen Wandel, dem medizinisch-technischen Fortschritt und der steigenden Erwartungshaltung der Krankenversicherten gesehen. Diesem Kostendruck hält die Einnahmeseite auf Dauer nicht stand. Systembedingt führt die Zunahme des Anteils älterer Menschen – aufgrund steigender Lebenserwartung und sinkender Geburtenraten – nicht nur zu einer Kostensteigerung, sondern es verringert sich auch der Anteil der erwerbsfähigen Personen und damit einhergehend die Einnahmesituation des Versorgungssystems (SVR 2001). Neben den genannten Finanzierungsproblemen sind weitere Gründe in den Versorgungsprozessen zu finden: Mangelnde Koordination, Kooperation und Kommunikation führen dazu, dass Ressourcen ineffizient verteilt werden (Rebscher 2004).

Daraus ergibt sich die Forderung, dass die Versorgung neu ausgerichtet werden muss. Wesentlich bei solchen Umstrukturierungsbemühungen ist es jedoch, die Qualität der Versorgung kontinuierlich zu steigern und dabei das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten.

2 Der Weg von der „Verwahrung“ zur Integrierten Versorgung

Ausgangspunkt des Umbaus der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Deutschland war der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ von 1975 (Abbildung 1). Der Bericht wurde von der Psychiatrie-Enquete erstellt, die im Auftrag des Bundestages Mitte der 70er-Jahre ins Leben gerufen worden war. Der Bericht zeigte die Missstände, insbesondere in den psychiatrischen Großkrankenhäusern, auf, die eine „Ausgrenzungs- und Verwahrungspsychiatrie“ betrieben, statt Patienten zu behandeln und zu rehabilitieren, um ihnen die Bewältigung des alltäglichen Lebens zu ermöglichen. Auf Basis der zusammengetragenen Erkenntnisse wurden für die damalige Zeit zum Teil radikale Reformforderungen von der Enquete formuliert.

Ziel der Forderungen war es, Menschen mit einer psychischen Störung ein selbstbestimmtes, würdevolles Leben zu ermöglichen und sie in die Gesellschaft zu reintegrieren. Die Psychiatrie-Enquete benannte wesentliche Voraussetzungen für den Wechsel von der Verwahrung der Patienten zu einer therapeutisch und rehabilitativ ausgerichteten Versorgung, die durch die erkrankte Person (mit)bestimmt werden sollte.

Die folgenden Merkmale sollten die neu ausgerichtete Versorgung prägen:

- bedarfsgerechte ambulante und komplementäre Hilfeangebote werden im Lebensumfeld der Betroffenen eingerichtet,
- stationäre Hilfen können dezentral und regional agieren,
- ambulante und stationäre Versorgung vernetzen sich,
- die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Personal für die psychiatrische Versorgung wird gefördert und
- psychisch Erkrankte werden somatisch Erkrankten gleichgestellt.

Um die genannten Forderungen zu erfüllen, gab es seitdem große Anstrengungen und eine Vielzahl von Modellprojekten, die darauf abzielten, die Versorgung zu verbessern, eine gemeindenahere Psychiatrie zu initiieren und zu verstetigen und einzelne Leistungserbringer zu vernetzen (Rössler 2008). Trotz dieser Anstrengungen wies der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2000/2001 auf Versorgungsdefizite in Bezug auf psychische Erkrankungen im Allgemeinen und auf depressive Störungen im Speziellen hin (SVR 2001, 508). Obwohl also bereits eine Vielzahl von Einrichtungen für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen entstanden war und die Therapie- und Versorgungsmöglichkeiten sukzessive weiterentwickelt worden sind, gab es auch in jüngster Vergangenheit weiterhin große Versorgungsprobleme. Erhebliches Optimierungspotenzial gab und gibt es insbesondere bei der Koordination, Kooperation und Kommunikation der Disziplinen, die am Versorgungsprozess beteiligt sind (Bermejo et al. 2010).

Ein Konzept, das die beschriebenen Probleme und Lösungsvorschläge aufgreift, ist das der Integrierten Versorgung (IV). Erste Überlegungen zur Integrierten Versorgung gab es bereits im Umfeld der Reformprozesse Mitte der 70er-Jahre (WSI 1975). Erneut aufgegriffen wurde diese Reformdebatte 1999 mit dem Versuch des Gesetzgebers, die Einführung von Integrierter Versorgung finanziell zu fördern. Im Jahr 2000, mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz), wurde der Grundstein für die Integrierte Versorgung in Deutschland gelegt. Durch eine gesetzliche Neuordnung des Leistungserbringerrechts wurde den Akteuren ein größerer Gestaltungsrahmen für die Entwicklung und Implementierung von sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten gegeben. Trotzdem gelang es nicht sofort, die Integrierte Versorgung in Deutschland zu etablieren. Historisch gewachsene Interessenkonflikte zwischen den Leistungser-

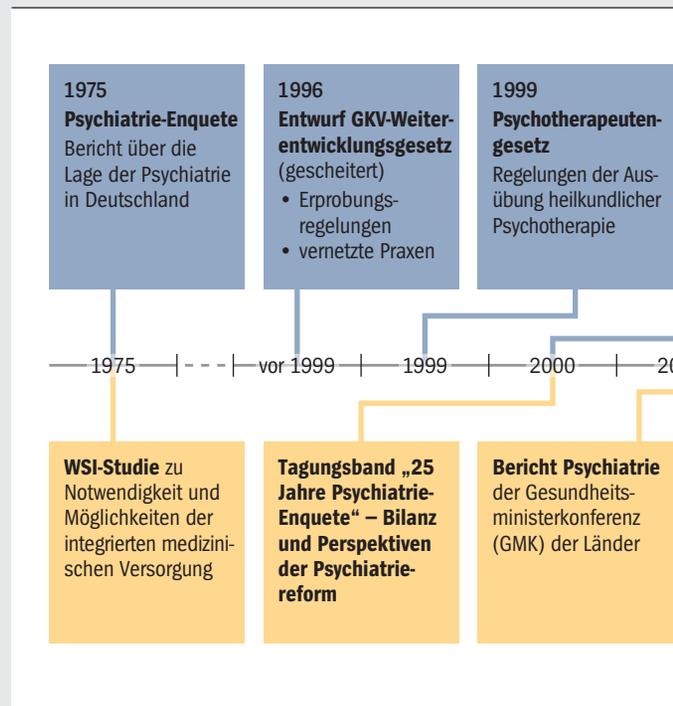
bringern, den Kostenträgern und den Verbänden einerseits und mangelnde wirtschaftliche Anreize andererseits sorgten für einen Stillstand im IV-Prozess. Erst das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) aus dem Jahr 2004, mit der Neufassung des Paragrafen 140a–d Sozialgesetzbuch V (SGB V), sorgte nachhaltig für die Einführung sektorenübergreifender und/oder interdisziplinärer facharztübergreifender Integrierter Versorgungsnetze. Damit wurde vom Gesetzgeber ein Instrument geschaffen, das zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen und gleichzeitig zur Reduzierung der Kosten beitragen kann. Erklärtes Ziel des deutschen Gesetzgebers ist es, Integrierte Versorgung mit Populationsbezug zu schaffen.

Alle Akteure, die an der medizinischen Versorgung im Sinne des SGB V beteiligt sind, können nun Partner im Rahmen von Integrierten Versorgungsmodellen werden. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Bis 2008 stand eine Anschubfinanzierung in Höhe von jeweils einem Prozent in Höhe der Rechnungen, die die Krankenkassen an die Krankenhäuser für stationäre und teilstationäre Versorgung zu überweisen hatten, beziehungsweise von der an die Kassenärztliche Vereinigung für ambulante Leistungen zu entrichtenden Gesamtvergütung zur Verfügung (*Amelung 2011*). Programme der Integrierten Gesundheitsversorgung nach Paragraf 140a–d SGB V prägen das deutsche Gesundheitswesen immer stärker. Während Fragen der Ausgestaltung und der organisatorischen Umsetzung dieser Versorgungsprogramme schon vielfach Gegenstand der Forschung waren, wurden die Effekte für die Patienten bei der Teilnahme an diesen Programmen bisher kaum wissenschaftlich untersucht.

3 Integrierte Versorgung – aktuell

Zu den Programmen der Integrierten Versorgung im weitesten Sinne gehören die Disease-Management-Programme (DMP) nach Paragraf 137f–g SGB V und die Programme zur Integrierten Gesundheitsversorgung (Paragraf 140a–d SGB V). Hinsichtlich der geschlossenen IV-Verträge verzeichnet der jüngste Bericht des BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit für das Jahr 2008 über 6.400 gemeldete Verträge und eine geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter von über vier Millionen (*BQS 2009*). Betrachtet man die IV-Verträge nach Hauptdiagnosegruppen (MDC) des G-DRG-Systems mit einem Vertragsbeginn ab dem 1. April 2007, lassen sich von 756 geschlossenen IV-Verträgen 34 Verträge (vier Prozent) der MDC 19 „Psychische Erkrankungen“ zuordnen. Im Mai 2011 zählte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) 61 Verträge der Integrierten Versorgung im psychiatrischen Bereich, wobei unklar bleibt, wie viele verschiedene Interventionsmodelle dahinter stehen (*DGPPN 2011*). In Anbetracht der gesamtgesellschaftlichen

Wesentliche Eckpunkte der Entwicklung der psychiatrie

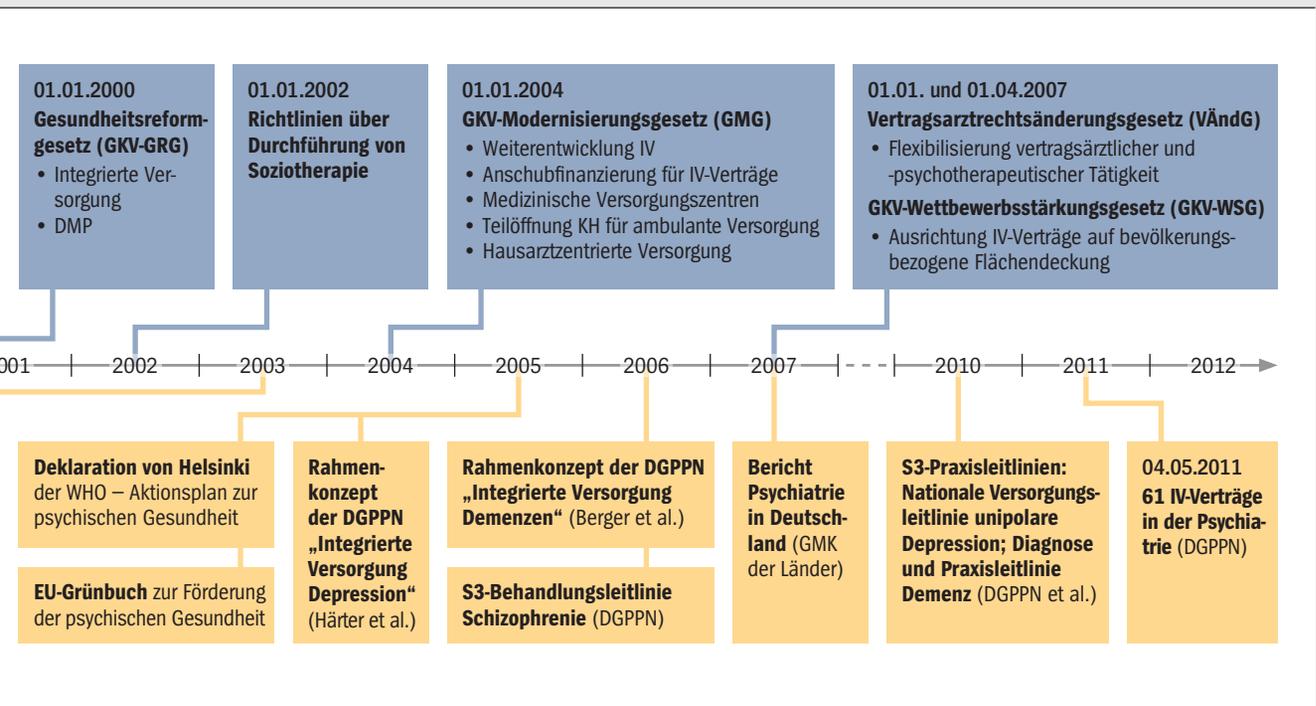


Bedeutung von psychischen Erkrankungen muss die Anzahl an IV-Verträgen im psychiatrischen Bereich als zu gering eingestuft werden. Die größte Bedeutung im Integrierten Versorgungsgeschehen in Bezug auf die Anzahl der Verträge, die Höhe des geschätzten Vergütungsvolumens und die Anzahl teilnehmender GKV-Versicherter haben Verträge zur Behandlung von Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems und des Bindegewebes (*BQS 2009*). Weiter spielen Erkrankungen des Kreislauf- und Nervensystems eine bedeutsame Rolle bei Betrachtung der obengenannten Parameter. Stellt man das geschätzte Vergütungsvolumen in Relation zur geschätzten Anzahl der teilnehmenden Versicherten wird die ökonomische Dimension der psychischen Erkrankungen im Integrierten Versorgungsgeschehen deutlich (Abbildung 2). Hier rangieren zwar Patienten, die aufgrund eines Polytraumas oder einer Verbrennungsverletzung versorgt werden, aufgrund des hohen Versorgungsaufwandes auf den ersten Plätzen. Auf den Plätzen vier und fünf kommen schon Erkrankungen durch Alkohol- und Drogensucht beziehungsweise psychische Erkrankungen, was, bezogen auf den einzelnen

ABBILDUNG 1

Psychiatrischen Versorgung in Deutschland in den vergangenen 35 Jahren

■ Meilensteine Gesetze
 ■ Meilensteine Umsetzungen



Versicherten, auf einen hohen Aufwand der koordinierten und sektorenübergreifenden Integrierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen schließen lässt.

Da bei psychischen Erkrankungen ein intensiver Behandlungsbedarf und ein hohes Risiko der Chronifizierung besteht, ist dieses vergleichsweise hohe Vergütungsvolumen gerechtfertigt. Die Versorgung und Behandlung psychisch erkrankter Patienten erfordert eine kontinuierliche und sektorenübergreifende Abstimmung in besonderem Maße, da Betroffene häufig immer wieder unterschiedliche stationäre und ambulante Maßnahmen in Anspruch nehmen. Dies bedeutet, dass Versorgungsabläufe optimiert, unterstützt und ausgebaut werden müssen. Um eine Optimierung zu realisieren, wird unter anderem empfohlen, spezifische Angebote wie ambulante psychiatrische Pflege (APP) oder psychoedukative Interventionen (PEI) einzuführen, standardisierte Versorgungsabläufe durch Behandlungspfade zu entwickeln und des Weiteren qualitätssichernde Maßnahmen und regelmäßige Fallkonferenzen durchzuführen (Klesse et al. 2007).

4 Gesundheitspolitische und versorgungswissenschaftliche Einschätzungen

4.1 Sachverständigenrat

Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Juli 2007 sein Gutachten „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ veröffentlicht (SVR 2007). Der SVR mahnt grundsätzlich die verstärkte Zielorientierung der Gesundheitsversorgung an. Psychische Krankheiten adressiert das Gutachten nicht spezifisch, sondern am Rande anderer Themen, insbesondere bei der Betrachtung vulnerabler Gruppen wie arbeitsloser beziehungsweise obdachloser Menschen. Dennoch betreffen die übergeordneten Themen auch die Versorgung psychisch erkrankter Menschen und die an ihrer Versorgung beteiligten Berufsgruppen.

Der SVR kritisiert den Zwang durch den Gesetzgeber, eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, und betrachtet die damit verbundene Privilegierung als inkompatibel mit sowohl „ordnungspolitischen Vorstellungen eines funktionsfähigen Wettbewerbs als auch der Integrationsidee“ (SVR 2007, 38). Die hausarztzentrierte Versorgung gewährleistet keine optimale Versorgung für chronisch oder chronisch rezidivierend psychisch Erkrankte Menschen. Gerade für die Versorgung psychischer Erkrankungen könnte der Vorschlag des SVR hilfreich sein, die – insbesondere durch (die damaligen) Finanzierungsregeln – artifizielle Separierung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) als Variante einer integrierten Versorgung im Kontext von Managed-Care-Modellen aufzugeben.

Der SVR stellt heraus, dass es angesichts der Risiken, die eine zunehmende Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen birgt, einen dringenden Bedarf an weiteren und systematischen Qualitätssicherungsmaßnahmen gibt. Ein Ausbau dieses Bereiches kann nur im Interesse aller beteiligten Akteure sein, da sich die Angemessenheit des gesamten Konzepts einer sektorübergreifenden Versorgung letztlich an der dadurch erreichten Versorgungsqualität messen lassen muss. Der SVR legt einen Schwerpunkt auf die Implementierung von Qualitätsindikatoren der Patientensicherheit, hier insbesondere in der Pharmakotherapie. Des Weiteren sieht der SVR Optimierungsbedarf in der Koordination, Kooperation und Kommunikation der Gesundheitsberufe. Es ist einleuchtend und nicht neu, dass eine interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit gefördert werden muss. Zum einen macht der demografische Wandel, verbunden mit der Zunahme von Multimorbidität und Chronifizierung, zum anderen die fortschreitende Spezialisierung durch Innovationen diese Entwicklung notwendig.

Die Übertragung bisher grundsätzlich ärztlicher Aufgaben bei ärztlicher Letztverantwortung ist nicht ausreichend. In Modellversuchen wurde und wird geprüft, welche ärztlichen Aufgaben anderen Berufsgruppen übertragen werden können. Aber „die Einführung von Vorbehaltsaufgaben für einzelne nichtärztliche Heilberufe bildet kein geeignetes Mittel zur Neuverteilung der Aufgaben, da sie neuerlich unflexible Strukturen schaffen würde“ (SVR 2007, 25); vielmehr seien „Poolkompetenzen sinnvoller, die jeweils einer Gruppe von geeigneten Gesundheitsberufen eine Tätigkeitsausführung ermöglichen“ (SVR 2007, 25). Für die anderen in die Versorgung psychisch erkrankter Menschen eingebundenen, zum Teil auch neuen Berufsgruppen (zum Beispiel Fallmanager, Bezugstherapeuten) sollten „die Medizinischen Fakultäten die Aufgabe einer kontinuierlichen Weiterentwicklung von Gesundheitsberufen übernehmen, [...] und zwar durch die Integration von beispielsweise Pflegewissenschaften und Pflegepraxis, Physiotherapie, Logopädie und weiteren Gesundheitsberufen“ (SVR 2007, 25). Eine abschließende Über-

tragung bisher ärztlich verantworteter Aufgaben auf andere Berufsgruppen würde fundamental das Selbstverständnis des Arztes, die Arzthaftung (und Haftung der anderen Heilberufe), die Erwartungen und Akzeptanz der Nutzer des Gesundheitswesens sowie die Ausbildungs- und Berufsordnungen aller Heilberufe betreffen. In diesem Bewusstsein formuliert der SVR seine Empfehlungen vorsichtig und sieht schrittweise evidenzbasierte Änderungen vor.

4.2 Gesundheitsministerkonferenz

Im Jahr 2007 stellte die Gesundheitsministerkonferenz der Länder fest, dass die psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland inzwischen unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten ein hohes Niveau und eine hohe Effizienz erreicht haben, die in vielen Bereichen eine moderne psychiatrische Versorgung gewährleistet.

Dennoch ist es bis heute nicht gelungen, die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen aufzuheben. Die Gesundheitsministerkonferenz sieht im Erhalt und in der Wiederherstellung seelischer Gesundheit ein zentrales Anliegen der deutschen Gesundheitspolitik. Eine Analyse der gegenwärtigen Strukturen und die Handlungsempfehlungen im Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AG Psychiatrie der AOLG 2007) bieten hierzu Orientierungshilfen. Die Vorschläge und Strategien zur strukturellen Weiterentwicklung beziehen sich insbesondere auf folgende noch defizitäre Bereiche:

- die Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land,
- die nicht ausreichende Präzisierung der Gemeinsamkeiten und der speziellen Unterschiede der psychiatrischen und der psychotherapeutischen Versorgung im ambulanten und im stationären Bereich inklusive der Fragen der Wissenschaftlichkeit und der Verbesserung der Qualitätssicherung der Behandlungsverfahren,
- die unzureichende Verknüpfung von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Jugendhilfe bis hin zur Prüfung, inwieweit die kinder- und jugendpsychiatrische und pädiatrische Versorgung angesichts der demografischen Entwicklung einer neuen gemeinsamen Struktur bedürfen.

4.3 Expertenbewertung der psychiatrischen Versorgung

Aus dem Jahr 2008 liegt ein Gutachten zu Strukturfragen der psychiatrischen Versorgung vor, das im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) angefertigt wurde. Der Autor schlussfolgert, dass es gegenwärtig weniger vom Schweregrad der Erkrankung beziehungsweise von den indi-

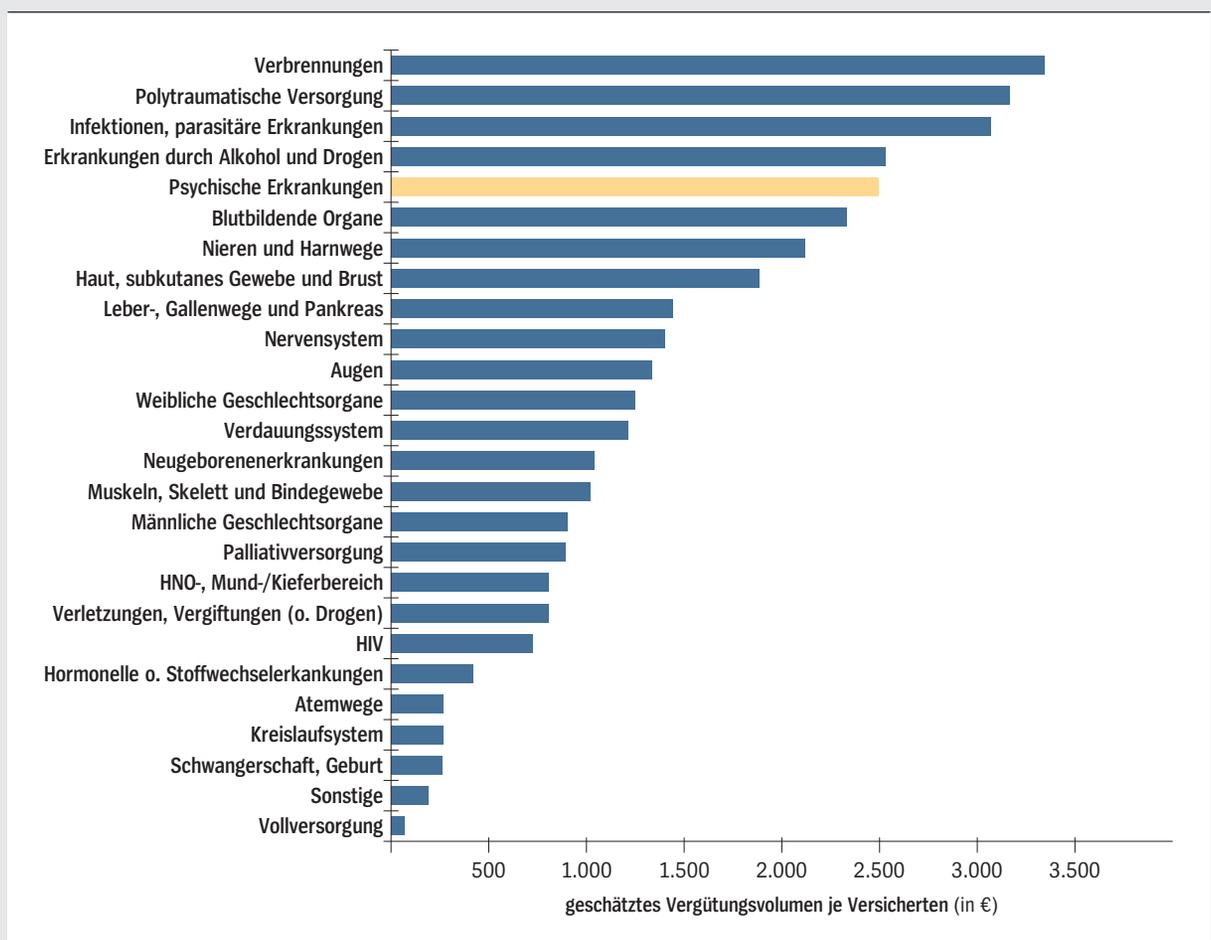
viduellen Behandlungserfordernissen als vielmehr vom Zufall oder von örtlichen Gegebenheiten abhängt, ob überhaupt, in welchem Krankheitsstadium und von wem ein psychisch erkrankter Mensch fachärztlich behandelt wird (Melchinger 2008). Die Fälle, in denen ein Patient mit einer psychischen Erkrankung einen Nervenarzt aufsucht und von diesem gemeinsam mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) nach einem abgestimmten kooperierenden Vorgehen behandelt und betreut wird, sind selten. Das vielerorts bestehende Nebeneinander von SpDi und niedergelassenen Nervenärzten limitiert das Ergebnis der Bemühungen der gemeindepsychiatrischen Verbände um Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität.

5 Integrierte Versorgung psychisch Erkrankter

Bisher liegen zu den gegenwärtigen IV-Angeboten für psychisch erkrankte Menschen in Deutschland noch kaum belastbare Daten vor. Studien aus den USA geben jedoch Hinweise darauf, dass sich die medizinische Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen durch kooperative Versorgungskonzepte (Collaborative Care) verbessern kann. Gunn und Mitarbeiter nennen in ihrem Review vier Komponenten, mit denen eine effektive Steigerung der Versorgungsqualität für Patienten mit Depressionen realisiert werden kann. Dies sind: (1) ein multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung, (2) ein strukturierter Behandlungsplan, (3) eine planmäßig festgelegte Patienten-

ABBILDUNG 2

Ökonomische Dimension psychischer Erkrankungen innerhalb Integrierter Versorgungsmodelle



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an BOS 2009, Grafik: G+G Wissenschaft 2012

nachbetreuung und (4) eine verbesserte interprofessionelle Kommunikation. Die Autoren des Reviews weisen darauf hin, dass kooperative Versorgungsmodelle in den untersuchten Studien zwar einen positiven Einfluss auf den Erkrankungsverlauf haben können, Nachweise der Kosteneffektivität jedoch bisher nur ungenügend zur Verfügung stehen (*Gunn 2006*).

Analog zu den Ergebnissen aus internationalen Studien geht man auch für Deutschland davon aus, dass durch eine Integrierte Versorgung unter anderem eine Verkürzung der stationären Behandlungsdauer, eine Reduzierung der Wiederaufnahmefrequenz sowie eine Steigerung der Lebensqualität bei psychisch erkrankten Patienten zu erwarten ist (*Dietrich et al. 2004; Wiechmann 2001*).

5.1 Schizophrenie

Für schwere psychische Erkrankungen, insbesondere für die Schizophrenie, existieren aktuell einige Integrierte Versorgungsprogramme. Beispielhaft zu nennen sind hier die IVP-Modelle von IVPNetworks GmbH (IVPN), Abitato Management Gesellschaft für seelische Gesundheit gGmbH und das Hamburger Modell für Psychose-Betroffene. Darüber hinaus ist die Initiative „Integrierte Versorgung Schizophrenie“ der AOK Niedersachsen, der Managementgesellschaft I3G GmbH und Care4S GmbH zu nennen. Ziel dieser Initiative ist es, ein flächendeckendes Versorgungsnetz zur sektorenübergreifenden Langzeitbehandlung zur Verfügung zu stellen.

Ziel des modularen Ansatzes, den die IVPN verfolgt, ist es, eine an den Lebensumständen der psychisch erkrankten Menschen orientierte Steuerung der Betreuung im gewohnten Lebensumfeld durch ambulante Bezugstherapeuten (Case Manager) in Verbindung mit Psychiatern und weiteren Leistungserbringern sicherzustellen. Die Steuerung erstreckt sich hierbei auf die Bereitstellung der für den Patienten jeweils notwendigen funktionalen Betreuungsmodule losgelöst vom Institutionsbezug. Die Betreuung zielt dabei sowohl auf den medizinischen Bereich, als auch auf den sozialen Lebensbereich der Patienten ab. Die medizinische Verantwortung des IV-Programms liegt beim Facharzt. Zentrales Element des IVPN-Programms ist die ambulante psychiatrische Fachpflege oder Soziotherapie als stetiger Begleiter innerhalb des gesamten Versorgungsprozesses. Die bedarfsgerechte Einbindung von Hausärzten, Krankenhäusern und kommunalen Einrichtungen ist ein weiterer zentraler Bestandteil des Konzepts. Im Rahmen einer vergleichenden qualitativen Studie von an Schizophrenie erkrankten Patienten konnte gezeigt werden, dass sich die Patienten, die im Rahmen des IVPN-Programms betreut wurden, besser versorgt fühlten und weniger Sorge hatten, stationär behandelt werden zu müssen, als Patienten, die nicht an dem IV-Programm teilnahmen (*Jürgensen et al. 2011*). Durch das

Kompetenzteam „Vernetzte Versorgung“ des Innovationsinkubators der Leuphana Universität Lüneburg erfolgt aktuell die wissenschaftliche Evaluation dieses IV-Programms der IVPNetworks im Rahmen einer Studie. Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit werden voraussichtlich Anfang 2013 vorliegen.

Das IV-Programm der Abitato Managementgesellschaft seelische Gesundheit gGmbH wird in Hamburg und Schleswig-Holstein angeboten. Dieses IV-Programm ist angelehnt an den systemischen Behandlungselementen des „reflecting team“ und des „open dialogue“, Komponenten, die ihren Ursprung in finnischen und schwedischen Versorgungsmodellen für an Schizophrenie erkrankte Menschen haben. Ziel ist eine am jeweiligen Bedarf orientierte Versorgung mit einem multiprofessionellen Team, bestehend aus Fach- und Hausärzten, Sozialarbeitern, Fachpflegern, Therapeuten und auch Angehörigen. Im Mittelpunkt steht die Arbeit mit dem sozialen Netzwerk des Patienten zur Förderung und Stärkung der Selbstbestimmung. Kontrollierte Untersuchungsergebnisse aus Deutschland liegen für dieses Angebot gegenwärtig nicht vor. Studienergebnisse aus Finnland weisen jedoch darauf hin, dass eine Betreuung im Rahmen des „Open Dialogue“-Ansatzes zu einer Reduzierung von stationären Aufenthalten beiträgt (*Seikkula et al. 2006*).

Das Hamburger Modell für Psychose-Betroffene basiert auf einer sektorübergreifenden und langfristigen Versorgung. Kern des Versorgungsmodells ist „Assertive Community Treatment“ (ACT). Ziel dabei ist, die ambulante Versorgung zu intensivieren, um stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Das Netzwerk besteht aus dem Arbeitsbereich Psychosen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und niedergelassenen Psychiatern. Regelmäßige und im Bedarfsfall hochfrequente ambulante Versorgung dienen dazu, den Patienten im häuslichen Umfeld zu behandeln und zu stabilisieren. Im Rahmen einer longitudinalen Evaluationsstudie unter Beteiligung von 120 Patienten konnte gezeigt werden, dass Patienten, die am Hamburger Modell für Psychose-Betroffene teilnahmen, nach zwölf Monaten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe einen besseren funktionellen Status, eine bessere Psychopathologie und eine bessere Lebensqualität aufwiesen (*Lambert et al. 2010a*). Darüber hinaus konnte eine Kostenreduzierung von 50 Prozent nachgewiesen werden, die insbesondere mit der Vermeidung von teil- und vollstationären Aufenthalten zu erklären ist (*Lambert et al. 2010b*).

Es gibt eine Reihe von Gemeinsamkeiten der genannten IV-Programme. Sie verfügen alle über ein einheitliches Dokumentationssystem, führen regelmäßig Qualitätszirkel, Fortbildungen und Fallkonferenzen durch und versuchen die Selbstwirksamkeit des Patienten im Rahmen

von Psychoedukation zu stärken. Weiter zeichnen sie sich durch ein individuelles patientenbezogenes Fallmanagement aus. Dieses Fallmanagement dient der Bereitstellung sowohl von horizontalen Hilfen – unter anderen Prävention, Behandlung, Nachsorge – als auch von vertikalen Hilfen – zum Beispiel ambulante Krankenpflege, soziale Dienste, Soziotherapie. Die Versorgung erfolgt leitlinien-gestützt und evidenzorientiert anhand von Behandlungspfadern. Für die Betroffenen besteht jederzeit Zugang zu Hilfe durch einen Krisendienst, der 24 Stunden, sieben Tage die Woche erreichbar ist. Zusätzlich wird aufsuchende Versorgung (Home-Treatment) angeboten, die im Bedarfsfall in ihrer Frequenz und Intensität gesteigert werden kann. Diese Maßnahmen sind charakteristisch für die drei IV-Programme und dienen der Qualitätssicherung und stetigen Weiterentwicklung der Kommunikation, Kooperation und Koordination.

Aber es gibt auch Unterschiede, die insbesondere in der organisatorischen Struktur zu finden sind. Bei IVPN erfolgt die Steuerung über den niedergelassenen Facharzt, beim Hamburger Modell ist es die Klinik, und Abitato setzt auf die gemeindepsychiatrischen Träger. Darüber hinaus gibt es Unterschiede bei den beteiligten Krankenkassen, was zu einer systematischen Selektion in bestimmte Versorgungsmodelle derjenigen führt, die die Programme in Anspruch nehmen können.

5.2 Depression

Neben den IV-Programmen für schwere psychische Erkrankungen gibt es zahlreiche IV-Modelle für die wohl epidemiologisch und gesundheitsökonomisch bedeutendste psychische Erkrankungsgruppe, die depressiven Erkrankungen. In ihrem Rahmenkonzept „Integrierte Versorgung Depression“ weist die DGPPN nochmals auf die bestehenden Schwierigkeiten hin, eine adäquate und patientenorientierte Versorgung für Menschen mit einer depressiven Erkrankung zu gewährleisten (DGPPN 2005). Die Schwierigkeiten sieht sie in dem fraktionierten Versorgungssystem, den konkurrierenden Versorgungssektoren und dem Fehlen abgestimmter Versorgungsnetze. Auf Basis der Empfehlungen der DGPPN sind in den Jahren nach 2005 unterschiedliche Modellprojekte zur ganzheitlichen und sektorübergreifenden Versorgung von Menschen mit einer depressiven Erkrankung gestartet. Eines der ersten war das 2006 gestartete Modellprojekt „Integrierte Versorgung Depression Aachen“, das sich inzwischen in „Seelische Gesundheit Aachen“ umbenannt hat. Das Netzwerk besteht aus drei Kliniken und mehreren niedergelassenen Fach- und Hausärzten in der Region und wird durch das Universitätsklinikum Aachen koordiniert. Unterschieden wird zwischen Basisleistungen, die jeder Patient erhält, und Zusatzleistungen wie Krankenhauseinweisung, Hausbesuche, Einholen einer zweiten Meinung, die bei Komplikationen

im Behandlungsverlauf angeboten werden (Bröcheler et al. 2009). Vergleichbar mit den vorgestellten IV-Programmen zur Versorgung von schweren psychischen Erkrankungen zeichnet sich auch das Programm „Seelische Gesundheit Aachen“ durch eine standardisierte Dokumentation, regelmäßig stattfindende Qualitätszirkel und Fortbildungen und eine systematische Informationsmöglichkeit für die Betroffenen und Angehörigen aus (Bergmann et al. 2010). Mittlerweile hat dieses Modell den Projektstatus hinter sich gelassen und weit mehr als 1.000 Patienten (Bröcheler et al. 2009). Erste Studienergebnisse weisen auf eine Reduzierung der Krankenhausaufenthalte und eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit hin (Bergmann et al. 2010). Ergebnisse aus einer kontrollierten Studie liegen jedoch nicht vor.

6 Diskussion

Das deutsche Gesundheitssystem gilt im internationalen Vergleich als leistungsfähig. Allerdings sind auch die Ausgaben im Vergleich sehr hoch (OECD 2009). Neue Versorgungsformen sind gefragt, die die Versorgungsqualität auf hohem Niveau halten und gleichzeitig Kosten senken (Salize et al. 2007). Eine solche neue Versorgungsform ist die Integrierte Versorgung, der eine rosige Zukunft vorhergesagt wird. Dies liegt insbesondere an dem recht einfachen Prinzip, das dem Konzept zugrunde liegt. Im Rahmen von IV-Programmen kommt es zu einer fach- und sektorenübergreifenden Vernetzung. Die Akteure aus den verschiedenen Gesundheitsprofessionen kooperieren miteinander, unabhängig davon, ob sie im ambulanten oder stationären Setting angesiedelt sind. Im Sinne eines ganzheitlichen Versorgungsprinzips umfasst der IV-Ansatz auch Patienten, Selbsthilfegruppen und Krankenkassen. Der Prozesscharakter verhilft der IV zu einer immer wiederkehrenden Selbstreflexion und einer stetigen Weiterentwicklung.

Kritiker verweisen jedoch auch auf mögliche negative Effekte der neuen Versorgungsmodelle. Beispielsweise wird darauf hingewiesen, dass sowohl vonseiten der Politik als auch der Krankenkassen das „Hauptziel war und ist, mit Integrierter Versorgung die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, das heißt Ausgaben der Krankenkassen zu senken oder zumindest künftige Ausgabensteigerungen zu mindern“ (Fritze 2005). Diese an sich nachvollziehbare Zielvorgabe sieht daher zunächst keine Verbesserung der Versorgungsqualität vor und im Zusammenhang mit einem festen Budget pro eingeschriebenen Patienten besteht zudem die Befürchtung, dass notwendige und medizinisch sinnvolle Leistungen aus Kostengründen verweigert werden. Untermuert wird diese Befürchtung mit dem Einsatz von Managementgesellschaften zur Koordination und finanziellen Abwicklung der IV-Programme. Kritisiert wird dies besonders in den Fällen, in

denen die Managementgesellschaften im Sinne einer ausschließlich profitorientierten „Health Maintenance Organisation“ (HMO) agieren. Fachgesellschaften, wie beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), befürchten, dass die Versorgung der Patienten innerhalb dieser Modelle primär an wirtschaftlichen Aspekten ausgerichtet sein könnte. Die Gewinnorientierung der Managementgesellschaften könnte dazu führen, dass notwendige Leistungen rationiert werden und die freie Arztwahl eingeschränkt wird.

Auch aus den Reihen der niedergelassenen Ärzte gibt es Kritik an den IV-Programmen. Insbesondere der hohe bürokratische Aufwand wird angemahnt, da unterschiedliche IV-Programme von verschiedenen Krankenkassen angeboten werden, was hohe Anforderungen an Ablauf und Dokumentation stellt und letztlich den niedergelassenen Arzt zusätzlich belastet (Meißner 2006). Weitere Kritik kommt aus den Reihen der Wissenschaft. Erklärtes Ziel des Gesetzgebers ist es, Integrierte Versorgungsprogramme mit einem Populationsbezug zu schaffen. Dies ist aber bisher nicht ausreichend in der Praxis umgesetzt (Amelung 2011). Stellvertretend für andere weisen bereits die Namen der in diesem Artikel vorgestellten IV-Programme darauf hin, dass die Integrierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen

in Deutschland häufig auf nur eine Indikation ausgerichtet und regional begrenzt ist (DGPPN 2011). Die angestrebte Versorgung in die Fläche wurde somit noch nicht umgesetzt. Die Indikations- und Regionsexklusivität erschwert zudem, die bisher vorliegenden Studienergebnisse miteinander zu vergleichen. All dies macht eine systematische Bewertung der Versorgungssituation und des Erfolgs des Reformprozesses schwierig (Rössler 2008).

Weiterhin sind die Wege in eine ganzheitliche Versorgung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung schwierig und von strukturellen Unterschieden geprägt. Ziel einer Integrierten Versorgung für psychisch erkrankte Menschen sollte die qualitative Verbesserung der Versorgung im Hinblick auf eine Optimierung der Behandlungsergebnisse, eine schnelle und umfassende Integration in das gesellschaftliche und berufliche Leben, eine Vermeidung langer stationärer Aufenthalte sowie von Fehlallokationen und Fehlbehandlungen und eine Reduzierung von Behandlungskosten sein. Ein Weg, die genannten Ziele zu erreichen, ist die koordinierte Vernetzung der von den unterschiedlichen Akteuren angebotenen Leistungen im Sinne eines sektorenübergreifenden, ambulant-stationären Behandlungskonzeptes. Wesentlich hierbei ist, dass eine so strukturierte Versorgung allen in Deutschland Betroffenen angeboten werden kann, unabhängig vom Wohnort, der sozialen Lage und der Kassenzugehörigkeit.

Literatur

- Amelung V (2011):** Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. In: Amelung V, Ebele S, Hildebrandt H (Hrsg.). Innovatives Versorgungsmanagement. Berlin: MWV Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 3–16
- AG AOLG (AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz) (2007):** Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“. Gesundheitsministerkonferenz der Länder; www.gmkonline.de/_beschuesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf
- Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A et al. (2010):** Integrierte Versorgung für Depression. Das Projekt „Seelische Gesundheit Aachen“. In: Amelung V, Bergmann F, Falkai P et al. (Hrsg.). Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 85–100
- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1975):** Bundesdrucksache 7/4200, Bonn
- Bermejo I, Kriston L, Berger M, Härter M (2010):** Ambulante Depressionsbehandlung – eine vergleichende Analyse des fachärztlichen, hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungssektors. *Psychother Psychosom Med Psychol*, Jg. 60, Heft 8, 326–8
- Bogner HR, de Vries HF (2008):** Integration of depression and hypertension treatment: A pilot, randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine*, Band 6, Heft 4, 295–301
- Bower P, Gilbody S, Richards D et al. (2006):** Collaborative care for depression in primary care: Making sense of a complex intervention. Systematic review and meta-regression. *British Journal of Psychiatry*, Band 189, 484–493
- Bramesfeld A, Wismar M, Mosebach K (2004):** Managing mental health service provision in the decentralized, multilayered health and social care system of Germany. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, Jg. 7, Heft 1, 3–14
- Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW (2007):** Who is treated, and how, for depression? An analysis of statutory health insurance data in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Jg. 42, Heft 9, 740–746
- Bröcheler A, Bergmann F, Schneider F (2009):** Models of mental health care in psychiatry across sectoral borders. *Eur Arch Psychiatry and Clin Neuroscience*, Heft 259 (Suppl. 2), 227–232
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH) (2009):** Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008 – Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung; www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d.pdf
- Cole RE, Reed SK, Babigian HM et al. (1994):** A mental health capitation program: I. Patient outcomes. *Hosp Community Psychiatry*, Band 45, 1090–1096
- DGPPN (2011):** Aktuelle Informationen zur integrierten Versorgung in der Psychiatrie; www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/integrierte-versorgung/iv-projekte-dgppn-mai_2011.pdf
- Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW et al. (2004):** Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ*;329:602; doi:10.1136/bmj.38219.481250.55
- Fritze J (2005):** Integrierte Versorgung: Was ist das? Wie funktioniert das? In: Fritze M, Berger J, Voderholzer C, Roth-Sackenheim U (Hrsg.). Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003–2004. Heidelberg: Springer, 73–76
- Gunn J, Diggins J, Hegarty K, Blashki G (2006):** A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services Research*;6:88
- Holler G (2009):** Neuorientierung der psychiatrischen Behandlungsangebote im ambulanten Bereich durch Integrierte Versorgung. In: Machleidt M, Brüggemann W, Wessels BR et al. (Hrsg.). Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung. Lengerich: Pabst Science Publishers, 295–316
- Jacobi F, Wittchen H, Holting C et al. (2004):** Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*, Jg. 34, Heft 4, 597–611
- Jürgensen M, Patzelt C, Meyer T (2011):** Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten und Angehörigen. Unveröffentlichter Abschlussbericht, Hannover/Lübeck
- Katon W, Russo J, Lin EHB et al. (2012):** Cost-effectiveness of a Multicondition Collaborative Care Intervention. A Randomized Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry*, Band 69, Heft 5, 506–514
- Klesse C, Bermejo I, Härter M (2007):** Neue Versorgungsmodelle in der Depressionsbehandlung. *Nervenarzt*, Jg. 78, Suppl. 3, 585–94
- Lambert M, Bock T, Schottle D et al. (2010a):** 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). *J Clin Psychiatry*, Jg. 71, Heft 10, 1313–1323
- Lambert M, Naber D, Bock T et al. (2010b):** Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen: das Hamburger Modell. In: Amelung V, Bergmann F, Hauth I et al. (Hrsg.). Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 113–114
- Meißner A (2006):** Leserbrief. *Psychiatr Prax*, Jg. 33, Heft 5, 251–252
- Melchinger H (2008):** Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Expertise im Auftrag der KBV; dgsp-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger_KBV_Gutachten.pdf
- Murray CJL, Lopez AD (1996):** Evidence-based health policy-lessons from the global burden of disease study. *Science*, Jg. 274, Heft 5288, 740–743
- OEDC (2008):** OEDC-Wirtschaftsberichte: Deutschland, Berlin; www.oecd.org/dataoecd/26/34/40376916.pdf

OECD (2009): Gesundheit auf einen Blick 2009. OECD Indikatoren. OECD Publishing

OECD (2012): OECD Health Data; www.oecd.org/health/healthdata

Popkin MK, Lurie N, Manning W et al. (1998): Changes in the process of care for Medicaid patients with schizophrenia in Utah's Prepaid Mental Health Plan. *Psychiatr Serv*, Jg. 49, Heft 4, 518–523

Rebscher H (2004): Integrierte Versorgung. Alte Rhetorik oder neues ordnungspolitisches Konzept? *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 58, Heft März/April, 46–52

Rössler W (2008): Versorgungsstrukturen. *Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer, 937–962

SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“. Baden-Baden: Nomos

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos; www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung_2007.pdf

SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2009): Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>

Salize HJ, Rössler W, Becker T (2007): Mental health care in

Germany: current state and trends. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, Band 257, Heft 2, 92–103

Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B et al. (2006): Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, Band 12, Heft 2, 214–228

Stephan S (2008): Integrierte Versorgung psychisch Kranker. *Erfahrungen im Netzwerk*. *Psychoneuro*, Jg. 34, Heft 6/7, 318–320

Vera M, Perez-Pedrogo C, Huertas SE et al. (2010): Collaborative Care for depressed patients with chronic medical conditions: A randomized trial in Puerto Rico. *Psychiatric Services*, Band 61, Heft 2, 144–150

Warner R, Huxley P (1998): Outcome for people with schizophrenia before and after Medicaid capitation at a community agency in Colorado. *Psychiatr Serv*, Jg. 49, Heft 6, 802–807

Weltgesundheitsorganisation (2001): The world health report. *Mental health: new understanding, new hope*. Genf: Weltgesundheitsorganisation; www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf

Wiechmann M (2001): Managed Care in Deutschland. Sechs Thesen zur Einführung. *Deutsche Ärzteblatt*, Jg. 101, Heft 41, A-2741

Wittchen HU, Jacobi F (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt*, Band 44, 993–1.000

WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung (1975): Integrierte medizinische Versorgung: Notwendigkeit, Möglichkeiten, Grenzen. Band 32. Köln: Bund-Verlag

DIE AUTOREN



Dr. rer. med. Jörn Mook, Jahrgang 1972, Studium der Soziologie, Volkswirtschaft, Psychologie und Politologie an der Universität Hamburg. Promotion an der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald. Von Oktober 2002 bis August 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Community Medicine, Abteilung Methoden der



Christian Koch, Jahrgang 1974, Krankenversicherungsbetriebswirt. Nach mehrjähriger Tätigkeit im Bereich ärztliche Versorgung von 2002 bis 2010 Geschäftsbereichsleiter „Grundsatzfragen, Strategien, Verträge Ärzte“ bei der AOK Niedersachsen. Seit August 2010 in zwei Kompetenz tandems des Innovations-Inkubator an der



Prof. Dr. med. Wolfram Kawohl, Jahrgang 1971, Studium der Medizin an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen. Promotion an der RWTH Aachen mit dem Thema „Veränderungen semantischer ereigniskorrelierter Potentiale im Verlauf stationärer Aphasiotherapie“. Von 2004 bis 2007 Oberarzt der Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie Zürich West. Seit November 2007 Leitender Arzt und seit Juli

Community Medicine bei Professor Dr. Thomas Kohlmann. Seit September 2011 operativer Projektleiter im Kompetenz tandem „Vernetzte Versorgung“ an der Leuphana Universität Lüneburg bei Prof. Dr. Wulf Rössler. Wissenschaftliche Tätigkeit in den Bereichen Public Mental Health, Versorgungsforschung, Rehabilitationsforschung und Patient-reported Outcomes.

Leuphana Universität als wirtschaftlicher Projektleiter (Business Development) tätig. Er stärkt die Verankerung der Projekte in der Region und befördert das Gründungs- und Ansiedlungsgeschehen rund um die Kompetenz tandems. Mitherausgeber des Buches „Theorie und Praxis eines zukunftsorientierten ambulant gesteuerten psychiatrischen Behandlungssystems“.

2010 Stellvertretender Chefarzt mit dem Zuständigkeitsbereich externe Dienste. 2010 Habilitation im Fach Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Zürich mit dem Thema „Akustisch und somatosensorisch evozierte Potentiale in Psychiatrie und Psychotherapie“. Wissenschaftliche Tätigkeit in der Erforschung von schizophrenen Störungen und Tic-Störungen vorwiegend mit klinisch-neurophysiologischen und versorgungswissenschaftlichen Methoden.