

Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Abschlussbericht

Berlin, März 2012

Hans-Dieter Nolting, Dr. Tobias Hackmann

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180, 10117 Berlin
Tel.: 030 – 23 08 09-0; E-Mail: kontakt@iges.de; www.iges.de

Inhalt

1	Ausgangspunkt	7
2	Ziele und Fragestellungen	9
3	Methodik	11
3.1	Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes	11
3.2	Recherchestrategie	12
3.3	Dokumentation in einer Ergebnisdatenbank.....	15
3.4	Analysekonzept.....	16
4	Ergebnisse	19
4.1	Verlauf und Ergebnisse der Recherche von sektorübergreifenden Modellprojekten.....	19
4.2	Projekte der Kategorie "Case Management"	20
4.2.1	Konzeptioneller Hintergrund.....	20
4.2.2	Merkmale der recherchierten Projekte im Überblick.....	21
4.2.3	Evaluation.....	22
4.2.4	Sektorenübergreifende Verlagerungseffekte.....	23
4.2.5	Ökonomische Anreize und Effekte	24
4.2.6	Sicherung der Versorgungsqualität	27
4.3	Projekte der Kategorie "Teambasierte Interventionskonzepte"	28
4.3.1	Konzeptioneller Hintergrund.....	28
4.3.2	Merkmale der recherchierten Projekte im Überblick.....	29
4.3.3	Evaluation.....	30
4.3.4	Sektorenübergreifende Verlagerungseffekte.....	32
4.3.5	Ökonomische Anreize und Effekte	34
4.3.6	Sicherung der Versorgungsqualität	37
4.4	Projekte der Kategorie "Sektorübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung "	39
4.4.1	Konzeptioneller Hintergrund.....	39
4.4.2	Merkmale der recherchierten Projekte im Überblick.....	39
4.4.3	Evaluation.....	40
4.4.4	Sektorenübergreifende Verlagerungseffekte.....	41
4.4.5	Ökonomische Anreize und Effekte	41
4.4.6	Sicherung der Versorgungsqualität	43
4.5	Projekte der Kategorie "Sonstige Modellprojekte"	44
4.5.1	Merkmale der recherchierten Projekte im Überblick.....	44
4.5.2	Evaluation.....	45

4.5.3	Sektorenübergreifende Verlagerungseffekte.....	46
4.5.4	Ökonomische Anreize und Effekte	46
4.5.5	Sicherung der Versorgungsqualität	46
5	Schlussfolgerungen.....	48
5.1	Sektorübergreifende Verlagerungseffekte	48
5.2	Ökonomische Anreize und Effekte.....	49
5.3	Sicherung der Versorgungsqualität	50
5.4	Evaluation	51
5.5	Fazit	51
6	Literaturverzeichnis.....	53
7	Anhänge.....	56
7.1	Anhang 1: Liste der Projekttitle mit Projekt-Nummern	56
7.2	Anhang 2: Projektsteckbriefe	60

Tabellen

Tabelle 1:	Verteilung der 73 in der zweiten Recherchestufe berücksichtigten Modellprojekte nach Modell-Kategorien sowie Antwortern/Nicht-Antwortern.....	20
Tabelle 2:	Projekte der Kategorie "Case Management": Angaben zu sektorübergreifenden Verlagerungseffekten	24
Tabelle 3:	Projekte der Kategorie "Case Management": Angaben zu ökonomischen Effekten	26
Tabelle 4:	Projekte der Kategorie "Case Management": Angaben zu Effekten auf die Versorgungsqualität	28
Tabelle 5:	Projekte der Kategorie "Teambasierte Interventionsansätze": Angaben zu sektorübergreifenden Verlagerungseffekten	33
Tabelle 6:	Projekte der Kategorie " Teambasierte Ansätze ": Angaben zu ökonomischen Effekten.....	36
Tabelle 7:	Projekte der Kategorie "Teambasierte Ansätze": Angaben zu Effekten auf die Versorgungsqualität	38
Tabelle 8:	Projekte der Kategorie "Sektorübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung": Angaben zu sektorübergreifenden Verlagerungseffekten	41
Tabelle 9:	Projekte der Kategorie "Sektorübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung": Angaben zu ökonomischen Effekten.....	43
Tabelle 10:	Projekte der Kategorie "Sektorübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung ": Angaben zu Effekten auf die Versorgungsqualität.....	43
Tabelle 11:	Liste der Projekttitel mit Projekt-Nummern.....	56

1 Ausgangspunkt

Das Vergütungssystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) soll verändert werden, indem von der bisherigen Vergütung nach abteilungsbezogenen tagesgleichen Pflegesätzen auf ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem umgestellt wird. Der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung eines solchen Vergütungssystems erging 2009 an die Selbstverwaltungspartner (§ 17d KHG).

Im Rahmen der Debatte über die Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems spielt auch die Frage eine Rolle, inwieweit die künftige Vergütungssystematik die Entwicklung und Verbreitung von zeitgemäßen psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungskonzepten unterstützen bzw. möglicherweise hemmen wird (Deister et al. 2011).

Im Mittelpunkt stehen dabei Versorgungskonzepte, deren Realisierbarkeit und medizinische Erfolgsaussichten maßgeblich davon abhängen, dass einerseits eine flexible und allein am individuellen Bedarf des Patienten ausgerichtete Wahl des Behandlungssettings - vollstationär, teilstationär, ambulant - möglich ist und andererseits die Konstanz des Behandlungsteams settingübergreifend gewahrt bleibt. Das gegenwärtige Vergütungssystem der abteilungsbezogenen tagesgleichen Pflegesätze impliziert den ökonomischen Anreiz, einen Patienten möglichst lange im (voll)stationären Setting zu behandeln und wird daher zurecht als dysfunktional kritisiert. Ferner führt die sektorale Trennung vielfach dazu, dass beim Wechsel des Settings auch die Behandler wechseln.

Die neuen Versorgungskonzepte sind in einer Reihe von Modellprojekten oder gesonderten Verträgen (i.d.R. nach § 140a SGB V) erprobt worden. Ein gemeinsames Merkmal dieser Projekte ist dabei die Tatsache, dass der angesprochene ökonomische (Fehl-)Anreiz für die beteiligten stationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen neutralisiert wird. Im Ergebnis ist es möglich, dass die Behandlung der Patienten - sofern medizinisch sinnvoll - zu einem größeren Teil in ambulante oder teilstationäre Settings verlagert werden kann, ohne dass der Klinik dadurch Erlöseinbußen entstehen. Ferner wird durch die Bündelung der Verantwortung für die Versorgung einer definierten Population bei einem Vertragspartner - oftmals dem für die psychiatrische Versorgung der Region ohnehin zuständigen Krankenhaus - die Voraussetzung für eine sektor- bzw. settingübergreifende Behandlerkonstanz geschaffen.

Unter Verweis auf die Erfahrungen aus solchen Modellprojekten wird teilweise die Forderung erhoben, das neue Vergütungssystem möglichst von Beginn an so auszugestalten, dass entsprechende Versorgungskonzepte auch außerhalb von Modellprojekten realisierbar sind. Grundlage dafür ist ein Passus im Gesetz, der die Selbstverwaltung verpflichtet, neben der als Regelfall im Gesetz vorgesehenen Vergütung "auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten" zu prüfen, "ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können" (§ 17 d, Abs. 1 SGB V).

Vor dem Hintergrund dieser Debatte hat der GKV-Spitzenverband im August 2011 die Erstellung einer "Studie zur Analyse von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen" ausgeschrieben und als Ergebnis des Vergabeverfahrens das IGES Institut beauftragt.

Der inzwischen (18.01.2012) vom Bundeskabinett beschlossene Entwurf für ein *Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen* sieht zunächst die Einführung eines Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Pauschalen, ergänzt um zusätzliche Vergütungselemente (z.B. Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge, krankenhausespezifische Entgelte) vor. Die Belange der Förderung einer sektorenübergreifenden Versorgung werden nicht unmittelbar in der Vergütungssystematik aufgegriffen, sondern durch eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Durchführung von Modellvorhaben (Einfügung eines § 64b in das SGB V, vgl. Artikel 4 des *Entwurfs eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen*).

Die geplanten Regelungen in § 64b SGB V sehen insbesondere auch vor, dass Modellvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung künftig zusätzliche Daten an das InEK zu übermitteln haben, um die in Modellvorhaben gewonnenen Erkenntnisse künftig systematisch für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nutzen zu können. Ferner wird eine Art Meldepflicht für Modellvorhaben an das InEK eingeführt, durch die künftig "ein umfassender Überblick über die bestehenden Modellvorhaben ermöglicht werden soll" (Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, Begründung zu Artikel 4, Nummer 2, zu Absatz 3).

2 Ziele und Fragestellungen

Die Studie verfolgt zwei Ziele:

- Es soll eine möglichst vollständige Übersicht von in Deutschland durchgeführten Modellprojekten zur komplexen sektorübergreifenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (aktuell noch laufend oder in der nahen Vergangenheit abgeschlossen) recherchiert werden. Die Recherche soll sich nicht nur auf überregional bekannte Projekte erstrecken, sondern - soweit existierend - auch kleinere, regional begrenzte Vorhaben identifizieren. Über die identifizierten Projekte sollen möglichst viele Informationen bzgl. des Projektdesigns und der erzielten Ergebnisse gesammelt und in einer Datenbank dokumentiert werden.
- Basierend auf den gewonnenen Informationen über die Modellprojekte soll der Auftragnehmer zu 13 vom GKV-Spitzenverband formulierten Einzelfragen Stellung nehmen, die sich als Operationalisierung der übergeordneten Fragestellung auffassen lassen: "Was kann mit Blick auf die Ausgestaltung des neuen Psych-Entgeltsystems aus den strukturellen und ergebnisbezogenen Erfahrungen der Modellprojekte zur komplexen sektorübergreifenden Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung gelernt werden?"

Die 13 Einzelfragen des GKV-SV wurden für die Konzeption und Ergebnisdarstellung von IGES zu vier inhaltlichen Blöcken zusammengefasst:

I. Sektorübergreifende Verlagerungseffekte

1. Welche Modelle führen zu einer Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich und wie groß ist dieser Effekt?
2. Welche Modelle sind geeignet, um Sektorengrenzen zu überwinden?
3. Können Home-Treatment, Crisis-Resolution- oder Assertive-Community-Treatment-Teams stationäre Aufnahmen verhindern oder verkürzen und wie groß ist dieser Effekt?
4. Kann durch Case-Management die Rate an Wiederaufnahmen oder Krisen reduziert werden und wie groß ist dieser Effekt?
5. Welche Auswirkungen ergeben sich für die vertragsärztliche Versorgung und den komplementären Bereich?

II. Ökonomische Anreize und Effekte

6. Welche finanziellen Anreize sind geeignet, um eine Verlagerung der Behandlung in ambulante Angebote zu erreichen?
7. Welche Strukturen sind geeignet, um Leistungsmengen bedarfsgerecht steuern zu können?
8. Welche Modelle sind bezüglich des Ressourceneinsatzes besonders effizient?
9. Welche finanziellen Auswirkungen konnten durch die verschiedenen Projekte beobachtet werden und wie groß sind diese Effekte?

III. Sicherung der Versorgungsqualität

10. Welche Strukturen/Maßnahmen sind geeignet, um sektorübergreifende Qualitätssicherung durchzuführen, bzw. die sektorübergreifende Behandlung zu sichern?
11. Welche Erfahrungen/ Ergebnisse bezogen auf die Versorgungsqualität werden gemacht?

IV. Evaluation

12. Sind Veränderungen im Sinne der oben genannten Fragestellungen dauerhaft oder gibt es deutliche Unterschiede zwischen kurz- und langfristigen Effekten?
13. Welche Ergebnisse/Erfahrungen konnten bezüglich der Evaluation von Modellprojekten gemacht werden?

Die vom GKV-Spitzenverband formulierten Fragen in *Block IV. Evaluation* werden folgendermaßen ergänzt bzw. präzisiert:

14. Welche Methodiken kommen bei der Evaluation der Modellprojekte zum Einsatz?
15. Wie ist die Zuverlässigkeit der Ergebnisaussagen unter Berücksichtigung der jeweiligen Evaluationsdesigns und -methoden zu beurteilen?

3 Methodik

3.1 Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes

In die Recherchen bzw. die Auswertung im Hinblick auf die formulierten Fragestellungen sollten gemäß den Vorgaben des Auftraggebers Modellprojekte mit folgenden Merkmalen einbezogen werden:

- Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Versorgungsansätze mit sektorübergreifendem Charakter

Ferner sollten Projekte betrachtet werden, die - zumindest von Grundsatz her - geeignet wären, Erkenntnisse für die Ausgestaltung des neuen Entgelt-systems gem. § 17d KHG zu liefern.

Für die Präzisierung der Recherchestrategie sowie die Auswertung der identifizierten Modellvorhaben wurden diese Vorgaben folgendermaßen operationalisiert:

- a. In der Studie werden Projekte berücksichtigt, die sich auf Patienten mit irgendeiner Erkrankung aus dem Spektrum des ICD-10-Kapitels V Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10 Codes F00 bis F99) beziehen.
- b. Die Recherche wird auf Projekte fokussiert, deren Ziel die Gestaltung von mehreren Behandlungssettings bzw. -sektoren überschreitenden Versorgungsketten ist (sektorenübergreifende Versorgungskonzepte).
- c. In die Auswertung werden nur Projekte einbezogen, an denen mindestens ein Leistungserbringer im Geltungsbereich des KHG (psychiatrische oder psychosomatische Einrichtung i.S. des § 17d KHG) strukturell beteiligt ist.

Die Recherche wurde somit (Kriterium b.) nicht explizit auf Projekte mit Beteiligung einer stationären Einrichtung eingeschränkt, um eine möglichst breite Übersicht über Projekte mit dem Ziel der Optimierung von Versorgungsketten zu gewinnen. In die Ergebnisdatenbank wurden dementsprechend auch Projekte aufgenommen, die bei der Auswertung nicht berücksichtigt werden, weil sie Kriterium (c.) nicht erfüllen.

Das Kriterium (c.) der strukturell verankerten Beteiligung mindestens einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik oder Fachabteilung sichert die (potenzielle) Relevanz der Projekte für die übergeordnete Fragestellung

der Ausgestaltung des neuen Vergütungssystems. Dadurch werden bspw. Projekte aus der Analyse ausgeschlossen, die zwar das Ziel einer Reduktion der stationären Inanspruchnahme verfolgen, an denen aber bspw. ausschließlich Leistungserbringer aus dem Bereich der Vertragsärzte sowie ggf. komplementärer Versorgungseinrichtungen beteiligt sind.

3.2 Recherchestrategie

Die Studie stützt sich im Wesentlichen auf eine zweistufig angelegte Umfrage unter den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen im Geltungsbereich des KHG einerseits und den gesetzlichen Krankenkassen andererseits.

Im Vorfeld dieser Befragung wurden zwei Sammelbände ausgewertet, die sich explizit mit neuen Versorgungskonzepten im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik befassen (Amelung et al., 2010; Weatherly & Lägél, 2009). Dort beschriebene Projekte, die den o.g. Einschlusskriterien entsprechen wurden in die Recherchedatenbank eingepflegt.

Die Ergebnisse der eigenen Recherchen zu Modellprojekten wurden darüber hinaus mit einer von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erstellten Datenbank über Modellprojekte abgeglichen, die uns freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurde¹.

Für die eigentliche Recherche nach Modellprojekten wurden in der ersten Stufe alle gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Verbände sowie alle psychiatrischen Kliniken bzw. Fachabteilungen kontaktiert und gebeten, ihnen bekannte Modellprojekte auf einem Projektbogen an IGES zu melden. Die Antworten aus dieser ersten Befragungsstufe wurden in die Recherchedatenbank eingepflegt.

Die Ansprache der Krankenkassen erfolgte über den GKV-Spitzenverband. Für die Befragung der Kliniken wurden die Angaben aus den Strukturierten Qualitätsberichten (gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V) für das Berichtsjahr 2010 ausgewertet. Alle dort verzeichneten psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen wurden über die in dem jeweiligen Qualitätsbericht angegebene Email-Adresse kontaktiert.

Der Projektbogen (vgl. Anhang 2) umfasste zunächst nur Angaben zum Projektnamen, Projektverantwortlichen/Ansprechpartnern und Region so-

¹ Die Datenbank der DGPPN wurde uns freundlicherweise von Frau Dr. Iris Hauth (Berlin) zugänglich gemacht, der wir ausdrücklich danken möchten.

wie eine Kurzbeschreibung des Vorhaben mit beteiligten Einrichtungen, Patientenzielgruppen und Zielen des Vorhabens. Ferner wurde um Angaben zu evtl. vorhandenen projektbezogenen Dokumenten und Informationsmaterialien gebeten.

Auf Basis der Angaben in den Projektbögen wurde geprüft, ob das betreffende Vorhaben die o.g. Einschlusskriterien (vgl. Abschnitt 3.1) erfüllt. Die Ansprechpartner dieser als relevant eingestuften Projekte wurden in der zweiten Stufe (erneut) kontaktiert und gebeten, ausführliche Angaben zu dem betreffenden Projekt zu machen.

Für die detaillierte Erhebung wurde ein Fragebogen konstruiert, der Informationen zu folgenden Komplexen erhebt (vgl. Anhang 3):

- Stammdaten des Projekts
Region, Projektbeginn, Patientenzielgruppen/Indikationen, Anzahl teilnehmende Patienten
- Beteiligte Sektoren
Beteiligte stationäre, ambulante, sonstige Leistungserbringer sowie Kostenträger
- Finanzierung/Vergütung
Angaben zu den projektspezifischen Vergütungsmodalitäten
- Projektziele
Entsprechend dem primären Fokus der gesamten Studie wurde gefragt, inwieweit das Projekt auf (A) eine Verkürzung der akutstationären Verweildauer durch eine frühzeitigere Überleitung in andere Versorgungssettings und/oder (B) auf eine Vermeidung von stationären Behandlungen bzw. Wiederaufnahmen abzielt. Abbildung 1 zeigt die Grafiken, mit denen die Frage nach diesen beiden Zielen illustriert wurde. Ergänzend wurde um die Angabe der weiteren Vorhabensziele gebeten.
- Maßnahmen des Projekts
Breiten Raum nimmt die Erhebung der projektspezifischen Maßnahmen ein, mit denen die zuvor genannten Projektziele (insbes. Verkürzung von Verweildauern/Vermeidung von stationären Behandlungen) erreicht werden sollen bzw. die zur Qualitätssicherung ergriffen werden. Die detaillierte Erhebung der Interventionen soll insbesondere eine Zuordnung der Modellprojekte zu definierten bzw. aus der Literatur bekannten und in den Fragestellungen des GKV-Spitzenverbandes explizit genannten Konzepten ermöglichen (Case

Management, Home Treatment, Assertive Community Treatment usw.).

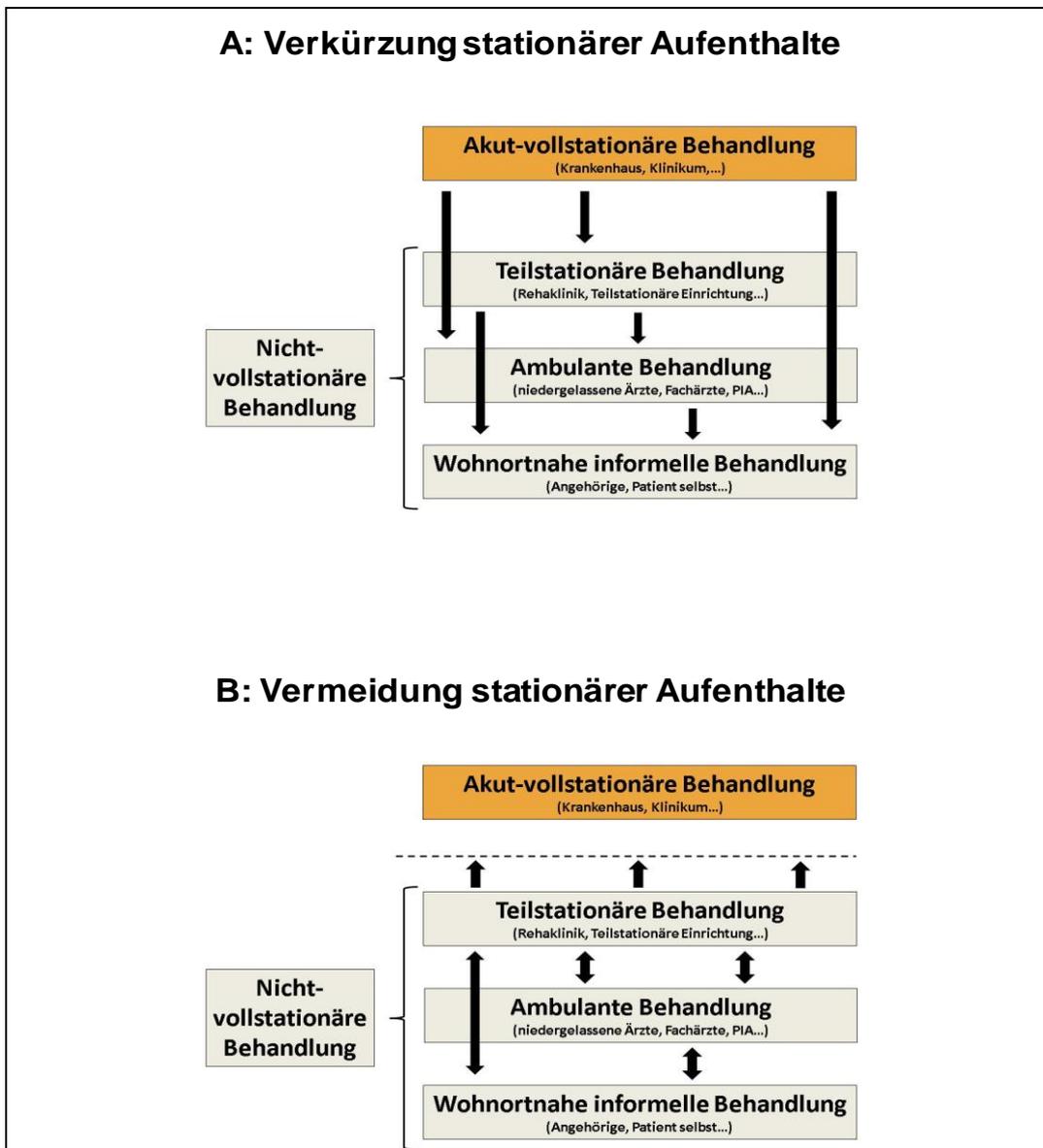
- Bewertung des Projekts

Hier wird um Angaben zur Evaluation des Projekts (Evaluatoren, Studiendesign, Datenquellen, Indikatoren) sowie zu den vorliegenden Ergebnissen der Evaluation gebeten.

Die erste Stufe der Erhebung wurde im November 2011 durchgeführt. Die ersten Fragebögen der zweiten Stufe wurden im Dezember 2011 versandt. Rückläufe wurden bis Februar 2012 berücksichtigt.

Im Verlauf der beiden Erhebungsstufen wurden schriftliche und auch telefonische Erinnerungen bzw. Rückfragen durchgeführt. Um fehlende Angaben in den Fragebögen ggf. zu ergänzen, wurden ferner gezielte Recherchen in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken durchgeführt.

Abbildung 1: Illustration zur Frage nach den Projektzielen



Quelle: IGES

3.3 Dokumentation in einer Ergebnisdatenbank

Für die Dokumentation der Rechercheergebnisse wurde eine strukturierte Datenbank aufgebaut (aktuell im MS-Excel-Format). Die Feldefinitionen nehmen dabei zum einen auf die Strukturen der Erhebungsbögen Bezug, zum anderen wurden zusätzliche Kategorien definiert, die das Analysekonzept (vgl. den folgenden Abschnitt 3.4) unterstützen.

In die Datenbank wurden die Angaben aus den Erhebungsbögen unverändert übernommen. Darüber hinaus wurden Ergänzungen vorgenommen, die

IGES aus vorliegenden Dokumenten zu den einzelnen Projekten (Publikationen, unveröffentlichte Projektberichte, Powerpoint-Vorträge usw.) exzerpiert hat. Die zu einem Projekt für diese Studie jeweils verfügbaren Informationsquellen sind in der Datenbank angegeben.

Als Ergebnis der Recherchen wurden auch Informationen über Projekte gewonnen, die sich als nicht unmittelbar relevant für die Fragestellungen der Untersuchung erwiesen bzw. deren Relevanz sich aufgrund der vorliegenden (vielfach lückenhaften) Informationen nicht abschließend beurteilen ließ. In die Datenbank wurde daher eine Variable zur Unterscheidung von Modellprojekten der Kerngruppe und der Nicht-Kerngruppe (fragliche Relevanz) aufgenommen. Die Analysen stützen sich ausschließlich auf Projekte der Kerngruppe.

Die Projekte in der Datenbank tragen eine laufende Nummer. Bei der Darstellung der Ergebnisse (Abschnitt 4) wird auf diese Projekt-Nummern verwiesen. Ferner findet sich im Anhang eine Auflistung der Projekttitel mit den zugehörigen Projektnummern in der Datenbank.

3.4 Analysekonzept

Der vorliegende Abschlussbericht gliedert sich im Weiteren in einen deskriptiv angelegten Ergebnisteil (Abschnitt 4) sowie in ein bewertendes Kapitel mit Schlussfolgerungen (Abschnitt 5), in denen die vom Auftraggeber formulierten Fragestellungen nochmals zusammenfassend aufgegriffen werden.

Für die Darstellung der Rechercheergebnisse und die Auswertung im Hinblick auf die vorgegebenen Fragestellungen wurde folgendes Analysekonzept entwickelt:

- Alle identifizierten und als relevant eingestuften Modellprojekte werden einer von drei Modell-Kategorien zugeordnet. Die Modell-Kategorien orientieren sich an den in der Ausschreibung genannten Fragestellungen zu den Effekten verschiedener Ansätze zur Versorgungsintegration:
 1. **Case Management**, d.h. Modelle, bei denen ein Fallmanager zum Einsatz kommt, der Aufgaben der Behandlungscoordination wahrnimmt.
 2. **Teambasierte Interventionskonzepte**, d.h. Modelle bei denen i.d.R. multi-professionell zusammengesetzte Teams sektor- und settingübergreifende Versorgungsaufgaben wahrnehmen (z.B.

entsprechend den Konzepten "Assertive Community Treatment", "Home Treatment", "Community Mental Health Teams"²).

3. **Sektorübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung**, d.h. Modelle, bei denen ein Akteur für eine definierte Patientenpopulation eine übergreifende Versorgungsverantwortung übernimmt, verbunden mit Regelungen zur Risikoteilung (Budget-, Ergebnis- und Gewährleistungsverantwortung).

Die drei Kategorien bilden eine Hierarchie, insofern die Projekte der zweiten Kategorie in der Regel auch Case Management-Ansätze einschließen und die Projekte der dritten Kategorie üblicherweise Case Management und/oder teambasierte Interventionskonzepte einsetzen, um ihre Ziele zu erreichen. Bei den Projekten der dritten Kategorie tritt zu der versorgungsinhaltlichen Perspektive noch das Element der spezifischen Anreize und Dispositionsspielräume aufgrund der populationsbezogenen Budgetverantwortung.

In allen drei Kategorien können sich die Projekte darüber hinaus durch verschiedene weitere Interventionsmaßnahmen - wie bspw. ein erweitertes Leistungsangebot (z.B. Psychoedukation) - auszeichnen.

Neben diesen drei konzeptionell begründeten Kategorien wurde eine Restkategorie angelegt:

4. **Sonstige Modellprojekte**, d.h. Projekte, die sich keiner der ersten drei Kategorien zuordnen lassen, darunter auch Projekte, bei denen eine Zuordnung aufgrund der lückenhaften Informationen nicht möglich ist.

Die Zuordnung der Projekte zu den Kategorien stellt primär eine Heuristik und weniger eine strenge deskriptive Systematik dar. Zum einen lassen die zu den einzelnen Projekten verfügbaren Informationen in vielen Fällen keine eindeutige Zuordnung zu dem einen oder dem anderen Konzept zu. Zum anderen muss im Auge behalten werden, dass die meisten Projekte von den Initiatoren nicht primär zwecks Umsetzung eines bestimmten Konzepts begonnen werden, sondern zur Verbesserung der Versorgung einer Patientengruppe. Zur Erreichung dieses Ziels bedienen sich die Projekte verschiedenster Maßnahmen, darunter ggf. auch Case Management usw. Die Einordnung eines Projekts in eine der Kategorien erhebt daher nicht den Anspruch, den Kern des jeweiligen Modells zutreffend zu beschreiben, sondern unterstützt lediglich die Analyseinteressen der vorliegenden Studie.

² Die genannten Konzepte werden in Abschnitt 4 kurz erläutert.

- Innerhalb jeder Kategorie werden die Projekte - sofern die verfügbaren Informationen es zulassen - im Hinblick auf die vier o.g. Themenbereiche analysiert:
 - I **Evaluation:** Mit welchen Studiendesigns und Methoden werden die Projekte evaluiert und wie gut sind die berichteten Ergebnisse wissenschaftlich abgesichert?
 - II **Sektorübergreifende Verlagerungseffekte:** Inwieweit erzielen die identifizierten Modellprojekte eine Verlagerung von Behandlungsaufgaben aus dem akut-vollstationären Sektor in teilstationäre und ambulante Behandlungssettings?
 - III **Ökonomische Anreize und Effekte:** Welche ökonomischen Effekte werden erzielt und welche modellspezifischen Vergütungsstrukturen werden erprobt?
 - IV **Sicherung der Versorgungsqualität:** Gibt es positive oder negative Effekte auf die Behandlungsqualität bzw. durch welche modellspezifischen Maßnahmen wird die Behandlungsqualität gesichert?

Über den Aspekt der Methodik und Qualität der durchgeführten Evaluationen wird im Ergebnisteil jeweils als erstes berichtet, um dem Leser einen Eindruck von der Zuverlässigkeit der folgenden Ergebnisangaben zu vermitteln.

Abschließend werden die Analyseergebnisse zu den Projekten aller Kategorien zu einer übergreifenden Betrachtung zusammengeführt (Abschnitt 5 Schlussfolgerungen).

4 Ergebnisse

4.1 Verlauf und Ergebnisse der Recherche von sektorübergreifenden Modellprojekten

Im Rahmen der ersten Recherchestufe wurden vermittelt über den GKV-Spitzenverband sämtliche gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Verbände angeschrieben und um die Meldung von sektorübergreifenden Modellprojekten gebeten. Mit dem gleichen Anliegen wurden durch IGES insgesamt 844 psychiatrische und psychosomatische Kliniken und Fachabteilungen per Email kontaktiert.

- Als Ergebnis der ersten Recherchestufe wurden 98 unterschiedliche Projekte von Kliniken und Krankenkassen mit Hilfe des Projektbogens (vgl. Anhang 2) gemeldet.
- Die Auswertung der Projektbögen führte zum Ausschluss von 40 gemeldeten Projekten, die das Kriterium "sektorübergreifendes Versorgungskonzept" (vgl. Abschnitt 3.1) nicht erfüllten.

Zusätzlich zu den durch die erste Umfrage gemeldeten und nach Prüfung der Einschlusskriterien verbleibenden 58 Projekten wurden 15 Projekte aufgrund der Literaturrecherche in die Grundgesamtheit der zweiten Recherchestufe aufgenommen.

- In der zweiten Recherchestufe wurden 73 Modellprojekte (im Projektbogen genannte Ansprechpartner) kontaktiert und um Bearbeitung des ausführlichen Erhebungsbogens (vgl. Anlage 2) gebeten.
- Die bereits vorliegenden Informationen über diese 73 Projekte (aus dem Projektbogen bzw. der Literatur) wurden in die Ergebnisdatenbank übernommen.

Während des Antwortzeitraums von etwa 10 Wochen wurden die Nicht-Antwörter einmal per Email erinnert und teilweise auch telefonisch kontaktiert.

- Bis Ende Februar 2012 wurden 36 Fragebögen zurückgesandt. Der Rücklauf der zweiten Befragungsstufe betrug somit 49 %.

Für die weiteren Analysen stehen somit mehr oder weniger detaillierte Informationen (je nach Vollständigkeit der Beantwortung des Fragebogens) über 36 Projekte zur Verfügung. Zusätzlich liegen von den 37 Nicht-

Antwortern teilweise verwertbare Basisinformationen aus dem Projektbogen der ersten Befragungsstufe bzw. aus der Literatur vor.

Tabelle 1 zeigt die Zuordnung der 73 Projekte der Grundgesamtheit zu den vier Modell-Kategorien (vgl. Abschnitt 3.4) differenziert nach Antwortern/Nicht-Antwortern.

Tabelle 1: Verteilung der 73 in der zweiten Recherchestufe berücksichtigten Modellprojekte nach Modell-Kategorien sowie Antwortern/Nicht-Antwortern

Modell-Kategorie	Antworter	Nicht-Antworter	Gesamt
Case Management	9	5	14
Teambasierte Interventionskonzepte	17	8	25
Modelle mit Budgetverantwortung	8	1	9
Sonstige Modellprojekte	2	23	25
Gesamt	36	37	73

Quelle: IGES

In den folgenden Ergebnisdarstellungen wird auf die einzelnen Projekte unter Verwendung der Projekt-Nummern in der Datenbank Bezug genommen. Die Projekt-Nummern und die Projekttitel sind ferner im Anhang aufgeführt.

4.2 Projekte der Kategorie "Case Management"

4.2.1 Konzeptioneller Hintergrund

Die Projekte dieser Kategorie folgen dem konzeptionellen Ansatz des Fallmanagements (Case Management): Dem Patienten ist eine Person als Fallmanager zugeordnet, deren Aufgabe es ist, die verschiedenen an der psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung des Patienten beteiligten Versorgungsinstanzen bzw. die Behandlungsleistungen unterschiedlicher Leistungserbringer zu koordinieren (Becker et al., 2008; Hesse et al. 2011).

Als Fallmanager kommen sowohl Ärzte, als auch Sozialarbeiter oder Pflegekräfte zum Einsatz. Die Aufgaben des Fallmanagements können zusätzlich zu einer "regulären" Versorgungsrolle (z.B. Hausarzt oder Psychiater als Fallmanager) oder exklusiv wahrgenommen werden. Der Aufgabenschnitt des Fallmanagers kann von überwiegend vermittelnden Tätigkeiten

(z.B. Unterstützung bei der Suche nach Wohn- oder Arbeitsmöglichkeiten oder im Kontext der sozialen Sicherung) bis hin zu einer mitbehandelnden Rolle als primärer Ansprechpartner des Patienten reichen.

In die Kategorie "Case Management" werden Projekte eingeordnet, bei denen die Intervention im Wesentlichen darin besteht, dass eine Person eine koordinierende Funktion übernimmt. Interventionsansätze, bei denen mehrere Personen Aufgaben des Fallmanagements übernehmen - dazu zählte bspw. auch das in der Literatur thematisierte "Intensive Case Management" (Dieterich et al. 2011) - sind der Kategorie "Teambasierte Interventionskonzepte" zugeordnet.

4.2.2 Merkmale der recherchierten Projekte im Überblick

Insgesamt 14 Projekte wurden der Kategorie "Case Management" zugeordnet. Neun dieser Projekte haben den detaillierten Fragebogen der zweiten Befragungsstufe beantwortet.

Hinsichtlich der Patientenzielgruppen finden sich verschiedenste Kombinationen:

- Ein Projekt gibt als Zielgruppe alle Patienten mit psychiatrischen und psychosomatischen Störungen an (Projekt Nr. 32).
- Ein Projekt nennt als Fokus "psychische und psychosomatische Störungen" mit der Eingrenzung auf die Diagnosegruppen F3 bis F6 (Projekt Nr. 66).
- Drei Projekte richten sich ausschließlich (Projekte Nr. 1 und Nr. 26) bzw. schwerpunktmäßig (Projekt Nr. 60) an Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) und den affektiven Störungen (F3).
- Zwei Projekte zielen auf Patienten mit depressiven Störungen (Projekte Nr. 14 und Nr. 68), wobei die Abgrenzung etwas unterschiedlich ist (Nr. 68 unter Einschluss von F31, Nr. 14 ohne F31).
- Vier Projekte zielen auf Patienten mit Suchterkrankungen, darunter zwei mit dem Fokus auf Alkoholranke (F10) (Projekte Nr. 11 und Nr. 44), eines mit dem Fokus auf Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (Projekt Nr. 34) und eines mit dem Fokus auf Alkohol und depressive Störungen (F31-F33) (Projekt Nr. 38).
- Drei Projekte widmen sich psychischen Störungen bei Menschen im höheren Lebensalter: Projekt Nr. 2 betrifft die Demenzversorgung (F00 bis F03), die Projekte Nr. 12 und Nr. 49 nennen allgemeiner Patienten mit gerontopsychiatrische Erkrankungen bzw. Patienten

mit irgendeiner psychischen oder Verhaltensstörung ab dem Alter von 50 bzw. 55 Jahren.

4.2.3 Evaluation

Sechs Projekte (Nr. 1, 2, 11, 12, 14, 34) werden in einer der beiden bereits erwähnten Buchpublikationen zu neuen Versorgungsansätzen in der Neurologie und Psychiatrie vorgestellt (Weatherly & Lägél 2009; Amelung et al. 2010).

Zu zwei Projekten konnten Publikationen in Zeitschriften recherchiert werden:

- Über Projekt Nr. 26 berichten Kissling & Vogel (2007) bzw. Kissling (2008).
- Zu Projekt Nr. 11 wurde neben der Publikation von Banger et al. (2007) auch ein unpublizierter Bericht recherchiert (Banger et al. o.J.). Der Bericht enthält auch ein Verzeichnis von weiteren Publikationen zu dem Projekt, wobei es sich ausschließlich um Poster handelt.

Zu einem weiteren Projekt (Nr. 44) wurde ein unpubliziertes zweiseitiges Dokument mit Evaluationsergebnissen mitgeliefert (Geerds et al. o.J.).

Keines der recherchierten bzw. im Rahmen der Befragung gelieferten Publikationen oder Dokumente ist als eine Evaluationsstudie im wissenschaftlichen Sinne anzusehen. Es handelt sich überwiegend um Darstellungen der jeweiligen Projektkonzepte und Erfahrungsberichte aus der Praxis. Teilweise werden Angaben zu Ergebnissen gemacht, die jedoch oftmals eher allgemein gehalten sind ("deutlicher Rückgang der Krankenhauskosten"). Die wenigen Publikationen, die quantitative Angaben zu Projektergebnissen machen (z.B. Kissling 2008; Möws & Lägél 2009), entsprechen hinsichtlich der Dokumentation von Methodik und Patienten nicht den üblichen Standards wissenschaftlicher Publikationen.

Die publizierte Studie von Banger et al. (2007) trifft ihre Aussagen auf Basis einer Studienpopulation von nur neun Patienten über einen Untersuchungszeitraum von zwei Jahren, was auch von den Autoren als Schwachstelle der Untersuchung gewertet wird. Demgegenüber bestätigt der unpublizierte Bericht von Banger et al. (o.J.) die zuvor berichteten Ergebnisse für eine Studienpopulation von 72 Patienten, die über einen Untersuchungszeitraum von sieben Jahren entsprechend beobachtet wurden.

Bei drei Projekten werden Evaluationen durchgeführt, es liegen aber noch keine Ergebnisse vor bzw. Ergebnisse sind noch nicht publiziert.

Sofern Angaben zur Evaluationsmethodik gemacht werden, handelt es sich in den meisten Fällen um Verlaufsbetrachtungen oder um Vorher-Nachher-Vergleiche der jeweiligen Teilnehmer. In einem Projekt soll offenbar ein Vergleich zwischen der Teilnehmergruppe und einer gematchten Kontrollgruppe durchgeführt werden.

Im Hinblick auf ökonomische Effekte werden "Messungen" von Kosten, "Kosten-Wirksamkeits-Analysen" und Analysen der Wirtschaftlichkeit auf Basis der Daten für den Morbi-RSA erwähnt bzw. durchgeführt.

Insgesamt wurden zur Methodik der Evaluationen von den Projekten dieser Kategorie nur wenige Angaben gemacht. Es entsteht der Eindruck, dass - zumindest im Hinblick auf die hier interessierenden Parameter der sektorübergreifenden Verlagerungseffekte und ökonomischer Effekte - kaum Evaluationen durchgeführt werden, die wissenschaftlichen Maßstäben entsprechen.

Die jeweils beteiligten Kostenträger führen aber offenbar in mehreren Fällen Evaluationen hinsichtlich des Erreichens der (finanziellen) Ziele der Projekte im Sinn eines Vertragscontrollings durch, was nicht zuletzt durch die Tatsache belegt wird, dass zwei Projekte von Kostenträgern gekündigt wurden. Detaillierte Ergebnisse zu diesen Evaluationen wurden nicht mitgeteilt. Zu diesbezüglichen Ergebnissen wurden von den Kostenträgern selbst im Rahmen der Befragung keine Angaben gemacht.

4.2.4 Sektorenübergreifende Verlagerungseffekte

Als sektorenübergreifende Verlagerungseffekte wurden Angaben über die Substitution von akut-stationären - insbesondere vollstationären - Behandlungsleistungen durch ambulante, teilstationäre oder rehabilitative Versorgungsleistungen gewertet.

Sechs Projekte berichten über einen Rückgang der stationären Verweildauern bzw. der Zahl an Krankenhaustagen. Bei einem weiteren Projekt ergab sich ein Dissens über die Ergebnisse: Die Projektverantwortlichen auf Seiten der Leistungserbringer berichten von positiven Effekten und erwähnen auch eine erste Evaluation des Kostenträgers, die gezeigt habe, dass Krankenhausaufenthalte und Verweildauern reduziert wurden (Bergmann et al. 2010). Der zugrunde liegende Vertrag ist jedoch inzwischen durch den Kostenträger gekündigt, der dies in der Befragung mit dem Ausbleiben eben dieser Effekte auf die Krankenhausinanspruchnahme (sowie die Arbeitsunfähigkeitstage) begründet.

Die folgende Tabelle 2 zeigt die Angaben zu Verlagerungseffekten, die entweder in den publizierten Dokumenten extrahiert wurden oder im Rahmen der Befragung angegeben wurden.

Tabelle 2: Projekte der Kategorie "Case Management": Angaben zu sektorübergreifenden Verlagerungseffekten

Projekt-Nr.	Angaben zu Verlagerungseffekten
NN	"Rückgang der stationären Verweildauer um 43% sowie Verlagerung in die ambulante und teilstationäre Versorgung."
11	<p>Angaben in Publikation (Banger et al. 2007, S. 167):</p> <p>"Bei den insgesamt neun behandelten Patienten ging die Anzahl der Behandlungstage im Psychiatrischen Krankenhaus von 1.917 auf 1.601 Tage um 16,5 % zurück." (Zeitraum der Jahre 2002-2004)</p> <p>Angaben in Publikation (Banger et al. o.J., S. 25), Untersuchung von 72 Patienten im Zeitraum der Jahre 2002-2008:</p> <p>"Die Reduktion der Behandlungstage im Zeitraum VOR zu NACH Einschluss beträgt 15 % (ca. 1000 Behandlungstage).</p>
NN	"Bezugsgröße: n=70. Erhebungszeitraum 01.01.2005- 30.06.2006: Verkürzung stationärer Verweildauer bei 6 Patienten bezogen auf 14 stat. Aufenthalte. Davon 4 Patienten mit affektiven Störungen und 2 Patienten mit dementiellen Erkrankungen: Einsparung von 255 Tagen Realbetrag stat. Aufenthalte BKH vor der Integrierten Versorgung auf 25 Tage Realbetrag stat. Aufenthalte während der Int. Versorgung."
14	<p>Angaben in Publikation (Bergmann et al. 2010, S. 96):</p> <p>"Es wurden laut einer Verlaufsanalyse Krankenhausaufenthalte, Verweildauern und Arbeitsunfähigkeitszeiten der behandelten Patienten reduziert."</p> <p>Angaben in Ärzte Zeitung vom 04.10.2011 (Bericht zur Kündigung des Vertrages durch die AOK Rheinland/Hamburg):</p> <p>"Ein Grund für die Skepsis [der AOK Rheinland/Hamburg] sei, dass der angestrebte Rückgang der Krankenseinweisungen bei Patienten mit Depression nicht erreicht worden sei."</p>
26	<p>"Über die Bausteine (Psychoedukation, Krisenmanagement, Differentialdiagnose Non-Compliance, Medikamententraining, Ernährungs- und Bewegungstraining und verbesserte ambulante Koordination) wird eine deutliche Reduktion an Krankenhaustagen erreicht."</p> <p>"Zwischenauswertung bei 310 Patienten mit ICD-Diagnose F2 oder F3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stationäre Behandlungstage 18 Monate vor Einschluss: 16.810 • stationäre Behandlungstage nach Einschluss: 4.811 • Einsparung von: 71%" (Kissling 2008)
NN	"Die Anwendung von Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie ein optimiertes Fallmanagement bewirken einen signifikanten Rückgang in der stationären Verweildauer."

Quelle: Datenbank: Wenn keine zitierte Quelle angegeben ist, stammen die Angaben aus den Fragebögen. Angaben, die aus der Befragung und nicht aus publizierten Quellen stammen sind anonymisiert (Projektnummer NN).

4.2.5 Ökonomische Anreize und Effekte

Von zwei Projekten liegen keine Angaben zur Vergütungsform vor.

In fünf Projekten werden für die modellspezifischen Interventionen leistungsbezogene Zusatzvergütungen gezahlt. Neben "Einschreibepauschalen", "Qualitätspauschalen" oder "Pauschalen für Entlassungsmanagement" kann es sich dabei um Vergütungen für einzelne Behandlungsmodule handeln, die je nach Patienten in unterschiedlicher Kombination zum Einsatz kommen bzw. um definierte Leistungskataloge, für die jeweils Einzelleistungshonorare vereinbart werden. Von einem Projekt wurde angegeben, dass den beteiligten Psychotherapeuten und den als Case Manager tätigen Ärzten über den Regelsätzen liegende Stundensätze vergütet werden.

Ein weiteres Projekt beschreibt die Vergütungsform als "patientenbezogene Komplexpauschale", ohne weitere Angaben zur Abgrenzung (z.B. Zeitbezug). Neben dieser Komplexpauschale werden zusätzlich bestimmte definierte Leistungen (z.B. für "aufsuchende Behandlung") vergütet. Analog wird in einem weiteren Projekt nur eine "Fallpauschale" angegeben, ohne Hinweis auf einen Zeitbezug.

In fünf Projekten wird eine zeitraumbezogene Pauschale vergütet, die je nach Projekt als "Quartalspauschale", als "Fallpauschale mit Zeitbezug" oder als "Komplexpauschale" bezeichnet wird. In manchen Projekten werden nur die koordinierenden Leistungen des Fallmanagements über die zeitbezogene Pauschale vergütet, weitere zusätzliche Leistungen aber über leistungsbezogene Zusatzvergütungen.

In einem weiteren Projekt wird ferner angegeben, dass die Quartalspauschale an das koordinierende Krankenhaus gezahlt wird, welches seinerseits die übrigen mitwirkenden Leistungserbringer - offenbar auf Basis leistungsbezogener Honorare - vergütet.

Vier Projekte machen Angaben zu ökonomischen Effekten ihres Modells, die in Tabelle 3 dokumentiert sind.

Tabelle 3: Projekte der Kategorie "Case Management": Angaben zu ökonomischen Effekten

Projekt-Nr.	Angaben zu ökonomischen Effekten
NN	"Durch die Finanzierung über Fallpauschalen wird eine Kostenreduktion in der Klinik induziert."
11	Angaben in Publikation (Banger et al. 2007, S. 164): "Die intensive Betreuung führte zu einem Rückgang der stationären kumulierten Behandlungstage, zu einer Kosteneinsparung von 16%... ."
NN	<p><i>Einsparung durch Verkürzung von stationären Verweildauern:</i> "Bezugsgröße: n=70. Erhebungszeitraum 01.01.2005 - 30.06.2006: Verkürzung stationärer Verweildauer bei 6 Patienten bezogen auf 14 stat. Aufenthalte. Davon 4 Patienten mit affektiven Störungen und 2 Patienten mit dementiellen Erkrankungen: Einsparung von 255 Tagen Realbetrag stat. Aufenthalte BKH vor der Integrierten Versorgung auf 25 Tage Realbetrag stat. Aufenthalte während der Int. Versorgung. Gesamteinsparung 66.581,20€. Als Tagessatz für den stationären Aufenthalt im BKH wurde der zu dieser Zeit geltende Durchschnittswert der Akutstation von 237,79 € angesetzt."</p> <p><i>Einsparung durch Vermeidung von stationären Aufnahmen:</i> "Bezugsgröße: n=70, Erhebungszeitraum 01.01.2005 - 30.06.2006. Vermeidung stationärer Aufenthalte. Weitere Einsparungen bei Int. Versorgungspatienten, die in der Vergangenheit mindestens einen Aufenthalt im BKH hatten. Gesamteinsparung: 295.359,75 €</p> <p><i>Veränderung in der Medikation:</i> "Veränderungen in der Medikation: Bezugsgröße: n=70, Erhebungszeitraum 01.01.2005 - 30.06.2006, Einzelfallbezogen wurden die verschreibungspflichtigen Medikamente in Tablettenform ermittelt und die tägliche Dosierung auf den Erhebungszeitraum hochgerechnet. Geschätzte Kostenersparnis: 3.266,41 €."</p> <p><i>Finanzielle Auswirkungen des Projekts insgesamt:</i> "Erfassungszeltraum 01.01.2005 - 30.06.2006. Kosten der Integrierten Versorgung (Pauschale): 255.787,60 €. Einspareffekte (Vermeidung und Verkürzung, stat. BKH-Aufenthalte, Medikation): 365.203,36€. Ersparnis: 109.419,86 €</p>
26	<p>"Zwischenauswertung bei 310 Patienten mit ICD-Diagnose F2 oder F3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stationäre Behandlungstage 18 Monate vor Einschluss: 16.810 • stationäre Behandlungstage nach Einschluss: 4.811 • Einsparung von: 71% • Einsparung pro Patient (Tagessatz von 250 €): 9.676 € • Einsparung pro Patient und Jahr: 6.451 € • Kosten des integrierten Versorgungsprogramms pro Jahr: 1.250 € • Nettoeinsparungen pro Patient und Jahr: 5.201 €" <p>(Kissling 2008)</p>
NN	"Für die eingeschriebenen Versicherten konnte ein Rückgang der KH-VWD und der KH-Kosten erreicht werden. ABER: Aufgrund der geringen Teilnehmerzahlen ist eine valide Aussage zur Wirtschaftlichkeit des Vertrages nicht möglich."

Quelle: Datenbank: Wenn keine zitierte Quelle angegeben ist, stammen die Angaben aus den Fragebögen. Angaben, die aus der Befragung und nicht aus publizierten Quellen stammen sind anonymisiert (Projektnummer NN).

4.2.6 Sicherung der Versorgungsqualität

Sieben Projekte haben Angaben zu projektspezifischen Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemacht.

Am häufigsten werden die Durchführung von Fallkonferenzen (vier Projekte), Qualitätszirkeln (sechs Projekte) und Fortbildungsveranstaltungen für die beteiligten Leistungserbringer (zwei Projekte) genannt. Weitere Maßnahmen sind Projektbeiräte und Lenkungsgremien (2 Projekte), Coachings und Patientenzufriedenheitsbefragungen (je ein Projekt).

Die Evaluation von Effekten auf die Ergebnisqualität erfolgt über Patienten-Fragebögen (ein Projekt) oder störungsspezifische Assessmentverfahren (zwei Projekte).

Von sechs Projekten liegen Angaben zu Effekten auf die Ergebnisqualität im Sinne der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Teilnehmer vor (Tabelle 4).

Tabelle 4: Projekte der Kategorie "Case Management": Angaben zu Effekten auf die Versorgungsqualität

Projekt-Nr.	Angaben zu Effekten auf die Versorgungsqualität
NN	"Über den Case-Manager wird eine höhere Lebensqualität der Patienten wegen kürzerer stationärer Verweildauer erreicht."
11	Angaben in Publikation (Banger et al. o.J., S. 29): "Durch zeitnahe und individuelle Betreuung über den Case-Manager konnte eine Verbesserung der Lebensqualität und –zufriedenheit bei stabiler Existenzsicherung erreicht werden."
NN	"Über Fallkonferenzen sowie quartalsbezogene Behandlungsabstimmung mit den beteiligten Partnern: u.a. Behandlungsverlauf, Medikation und Alltagstransfer werden die langfristigen Behandlungsergebnisse in den Vordergrund gerückt, wie etwa das frühzeitige Erkennen einer gerontopsychiatrischen Erkrankung, Differenzialdiagnostik, rechtzeitige Einleitung prophylaktischer Maßnahmen, Stabilisierung der persönlichen Situation des Patienten, Vermeidung stationärer Wiederaufnahmen, Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit, Erhalt der Autonomiepotenziale und Kompetenzen etc."
26	"Patienten und teilnehmende Ärzte zeigten sich in Befragungen hochzufrieden mit diesem neuen Versorgungsangebot..." (Kisling 2008, S. 414)
NN	"Die erste Evaluation nach zwei Jahren deutet auf eine Verbesserung der Lebenszufriedenheit der Patienten hin."
NN	"Klinische (symptomatische) Verbesserungen mit hohen Effektstärken zwischen T1 und T2, die auch 16 Wochen nach Beginn des Behandlungsprogramms noch nachweisbar sind." "Deutlich verbesserte Effekte auf der Depressionsskala über die Anwendung eines diagnostischen Gesprächs mit dem Facharzt, der hier die Funktion des Case-Managers übernimmt."

Quelle: Datenbank: Wenn keine zitierte Quelle angegeben ist, stammen die Angaben aus den Fragebögen. Angaben, die aus der Befragung und nicht aus publizierten Quellen stammen sind anonymisiert (Projektnummer NN).

4.3 Projekte der Kategorie "Teambasierte Interventionskonzepte"

4.3.1 Konzeptioneller Hintergrund

Die für die Kategorie charakteristischen Projekte nehmen mit ihren spezifischen Interventionskonzepten implizit oder explizit auf die in der Literatur beschriebenen und in der Ausschreibung des GKV-Spitzenverbandes benannten teambasierten Ansätze zur sektorübergreifenden Versorgungsoptimierung Bezug.

Solche teambasierten Ansätze - bekannt unter den Bezeichnungen "Assertive Community Treatment (ACT)" (Stein & Santos 1998; Marshall & Lockwood 2010), "Home Treatment" (Catty et al. 2002) oder "Community Mental Health Teams" (Simmonds et al. 2001) - sind bisher vor allem in

Großbritannien, Australien, Kanada und den USA erprobt worden (Becker et al. 2008). In der deutschsprachigen Literatur werden sie auch als "aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams" bezeichnet (Rössler & Theodoridou 2006).

Den genannten Modellen ist gemeinsam, dass die Patienten durch multidisziplinär zusammengesetzte Teams in der Gemeinde versorgt werden. Ziel ist es, durch Bereitstellung einer qualifizierten und auch zu hochfrequenten Behandlungen fähigen Versorgungsstruktur im ambulanten gemeindenahen Kontext die Notwendigkeit von stationären Behandlungen zu minimieren.

In die Kategorie "Teambasierte Interventionskonzepte" wurden auch Projekte aufgenommen, die mit multidisziplinären Teams arbeiten, bei denen die verfügbaren Informationen aber nicht ausreichen, um bspw. zu beurteilen, ob tatsächlich "aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams" zum Einsatz kommen.

4.3.2 Merkmale der recherchierten Projekte im Überblick

25 Projekte wurden der Kategorie "Teambasierte Interventionskonzepte" zugeordnet. 17 dieser Projekte haben den detaillierten Fragebogen der zweiten Befragungsstufe beantwortet.

Zwei Projekte sind hinsichtlich der grundsätzlichen Aufnahmekriterien in die Studie ein Grenzfall: Vertragspartner der Krankenkassen auf Leistungserbringerseite sind primär gemeinde- und sozialpsychiatrisch ausgerichtete Träger bzw. eine Managementgesellschaft, die in Kooperation mit anderen ambulanten Leistungserbringern (Psychiatern, Psychotherapeuten) eine gemeindenaher Versorgung sicherstellen sollen (Ruprecht & Klüsener 2010). Das Modell ist auch von seinen Vergütungsanreizen her so konzipiert, dass im Erfolgsfall eine "Umschichtung finanzieller Ressourcen aus der stationären in die ambulante Versorgung" resultieren soll (Ruprecht & Klüsener 2010, S. 45). Somit ist das Modell primär nicht als ein Versorgungskonzept angelegt, welches Einrichtungen im Geltungsbereich des KHG adressiert, sondern legt eher den Ausschluss von Kliniken nahe. Träger stationärer Einrichtungen können jedoch ebenfalls Vertragspartner sein, "wenn sie sich nachweislich für eine mittel- und langfristige 'Ambulantisierung' ihrer psychiatrischen Tätigkeit entschieden haben" (Ruprecht & Klüsener 2010, S. 44). In der Befragung wurden bei einem Projekt von der Techniker Krankenkasse jedoch auch drei Kliniken als beteiligte Einrichtungen benannt, weshalb beide Projekte in die Studie aufgenommen wurden.

Hinsichtlich der Patientenzielgruppen finden sich folgende Konstellationen:

- Alle psychiatrischen Störungen bei Erwachsenen werden von vier Projekten als Zielgruppen genannt (Projekte Nr. 13, 27, 28, 69).

- Alle psychiatrischen Störungen unter Ausschluss von primären Suchterkrankungen (Nr. 23) bzw. von Sucht und hirnorganischen Störungen, Intelligenz- und Entwicklungsstörungen (Nr. 35) nennen zwei Projekte.
- Psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind Fokus der Projekte Nr. 4 (alle Diagnosen) und Nr. 41 (F43, F9).
- Speziell an Adoleszente mit Diagnosen aus dem Spektrum F2, F3, F4 und F6 richtet sich Projekt Nr. 71.
- Breite Diagnosespektren weisen auch die Projekte Nr. 15 (F0 bis F7), Nr. 70 (F1 bis F6, teilweise auch F0) und Nr. 24 (F0, F2, F3, F4, F60.3) auf.
- Psychotische Erkrankungen (insbes. F2, teilweise auch substanzinduzierte Psychosen und schwere Depressionen) fokussieren die Projekte Nr. 5 und 29.
- Die Diagnosegruppen F2 und F3 sind Zielgruppen der Projekte Nr. 10 und Nr. 19. Das Projekt Nr. 65 richtet sich an Kinder von Eltern mit Erkrankungen aus diesem Spektrum.
- Projekt Nr. 25 richtet sich an Patienten mit Diagnosen F3 oder F4.
- Zwei Projekte (Nr. 7, 46) befassen sich mit Essstörungen (F50).
- Suchterkrankungen (F1) sind der Fokus von Projekt Nr. 23.
- Projekt Nr. 73 richtet sich an Menschen mit einer Borderlinestörung und komorbider Suchterkrankung.
- Demenzkranke (F00-F03) sind Fokus von Projekt Nr. 54.
- Projekt Nr. 64 befasst sich mit Bewohnern psychiatrischer Pflegeheime, insbesondere mit den Diagnosen F2, F6, F7.
- Frauen mit psychischen Belastungen in der Schwangerschaft und Postpartalperiode sind Thema von Projekt Nr. 72.

4.3.3 Evaluation

Über fünf Projekte dieser Kategorie (Nr. 4, 5, 7, 10, 13) wird in einer Sammelpublikation zu neuen Versorgungskonzepten (Weatherly & Lägél 2009) berichtet. Bei den Beiträgen handelt es sich fast ausschließlich um Darstellungen der Konzepte und Vorgehensweisen. In wenigen Fällen werden erste Evaluationsergebnisse (Nr. 4, Haug et al. 2009) mitgeteilt.

Zu Projekt Nr. 5 (Assertive Community Treatment psychotischer Patienten: Das "Hamburger Modell") liegen zwei wissenschaftliche Publikationen vor (Lambert et al. 2010; Karow et al., im Druck). Das Projekt wurde evaluiert, indem in einer Region Hamburgs 64 Patienten nach dem Modell des Assertive Community Treatments versorgt wurden. Als Vergleichsgruppe wurden 56 Patienten aus einem anderen Hamburger Stadtteil betrachtet, die die Standardversorgung erhielten. Neben Ergebnisparametern wie der Zeit bis zum Abbruch der Behandlung (Service Disengagement), Medikamentenadhärenz, Veränderung der Symptomatik, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit (Lambert et al. 2010), wurden auch die psychiatrischen Behandlungskosten (aus der Perspektive der Krankenversicherung) untersucht und in Beziehung zu Unterschieden auf der Ebene der qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALY) gesetzt, um ein inkrementelles Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis zu berechnen (ICER) (Karow et al., im Druck).

Zu einem weiteren Projekt (Nr. 27, Optimierte Versorgung in der Psychiatrie/Klinikum Hanau) wurden zwei Publikationen in einer Krankenhaus-Fachzeitschrift gefunden (Lohstroh et al. 2010; Lehmann et al. 2011). Beide Artikel beschreiben das Modell, insbesondere auch das spezifische Vergütungskonzept, aber berichten noch keine Evaluationsergebnisse.

Ferner wurde eine Publikation zu Projekt Nr. 7 (Abel et al. 2011) gefunden, die sich allerdings nicht mit patientenbezogenen Effekten befasst, sondern die Kooperation der beteiligten Leistungserbringer thematisiert.

In den hier untersuchten Projekten lassen sich nachfolgende Angaben zur Methodik einer Evaluation finden:

- Fünf Projekte führen längsschnittliche Verlaufsbeobachtungen der Teilnehmer durch.
- Kostenvergleiche bzw. Kostenstudien im Sinne von Krankenhauskosten, Krankengeldkosten und Programmkosten. "Die Bewertung der Kosten erfolgt in diesem Ansatz an Hand von vorher ermittelten Durchschnittskosten für Patienten mit F-Diagnosen."
- Einen Vorher-Nachher-Vergleich ggf. mit einer Verlaufsbeobachtung über mehrere Messzeitpunkte
- Weitere Projekte führen über verschiedene Ansätze Vergleiche mit Kontrollgruppen durch:

Vergleiche der definierten Qualitätsparameter "mit den sonstigen Behandlungsfällen des Krankenhauses (z.B. Liegedauer)".

In einem weiteren Projekt erfolgt eine "Kohortenstudie mit zurückverlegtem Anfangszeitpunkt und matched pairs sowie die Nutzung von Daten zu Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldbezug."

Kontrollgruppenvergleich über einen Propensity Score Ansatz: "Messung der Ausgaben in sämtlichen Ausgabenbereichen, Reduktion der akut-vollstationären Behandlung, selbsteingeschätzte Gesundheit, AU-Tage."

Ein weiteres Projekt berichtet von "Quasiexperimentellen Studien, prä-post-Vergleichen, eine Gruppe mit Intervention wird mit einer Gruppe ohne Intervention verglichen. Als Kontrollgruppe fungieren Familien die in der Klinik rekrutiert werden. Diese erklären sich freiwillig zur Teilnahme bereit und erhalten eine Aufwandsentschädigung."

"Prospektives Kontrollgruppendesign, d.h. Vergleich der Patienten der Integrierten Versorgung mit Patienten mit Standardbehandlung (treatment-as-usual), die Rekrutierung zur Studienteilnahme erfolgt in beiden Gruppen über alle Behandlungssettings hinweg (stationär, teilstationär, ambulant in der Psychiatrischen Institutsambulanz)."

"Quasi-randomisiertes Design. Eingeschlossen werden Patienten mit Schizophrenie (F20) und mittleren bis schweren Funktionsbeeinträchtigungen ($GAF \leq 60$). Die Interventionsgruppe setzt sich aus Patienten zusammen, die Integrierte Versorgung (IV) in Anspruch nehmen. Als Kontrollen gelten Patienten, die bei denselben Nervenärzten wie die Interventionspatienten behandelt werden, aber aufgrund ihrer Krankenkassenzugehörigkeit keine IV erhalten können (Quasi-Randomisierung). Rekrutiert werden die Studienpatienten durch die behandelnden psychiatrisch tätigen Ärzte. Primäre Zielparameter sind Krankenhaustage und Patientenzufriedenheit."

Im Hinblick auf die Evaluationen ist zu konstatieren, dass in mehreren Projekten Kontrollgruppen-Designs realisiert wurden bzw. werden und somit die Voraussetzungen für aussagefähigere Evaluationsergebnisse vorliegen. Publierte Ergebnisse konnten bisher nur für das Projekt des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Projekt Nr. 5) ermittelt werden. Bei einigen Projekten wurde explizit angegeben, dass sie noch in der Startphase sind bzw. dass Ergebnisse erst zu einem späteren Zeitpunkt vorliegen werden.

4.3.4 Sektorenübergreifende Verlagerungseffekte

Über (erste) Ergebnisse zu Verlagerungseffekten im Sinne einer Reduktion der akut-vollstationären Versorgung berichten sieben Projekte. Tabelle 5 zeigt die entsprechenden Angaben aus der Befragung bzw. in den Publikationen.

Hervorzuheben sind insbesondere die Ergebnisse der Evaluation von Projekt Nr. 5, die eine deutliche Verlagerung aus dem vollstationären und dem tagesklinischen Sektor in das ambulante Behandlungssetting bei den Patienten in der Interventionsgruppe (Assertive Community Treatment) im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweist.

Tabelle 5: Projekte der Kategorie "Teambasierte Interventionsansätze": Angaben zu sektorübergreifenden Verlagerungseffekten

Projekt-Nr.	Angaben zu Verlagerungseffekten
NN	"Erste positive Anzeichen: Rückgang der Wiederaufnahmen."
5	<p>Vergleich Interventionsgruppe (Assertive Community Treatment, ACT) mit Kontrollgruppe (Standard Care, SC) bezogen auf den 12-monatigen Beobachtungszeitraum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Aufnahme in stationäre Behandlung/Tagesklinik: ACT: 39,1%; SC: 69,9% (p<.001) • darunter Patienten mit Aufnahme in vollstation. Behandlung: ACT: 35,9%; SC: 55,4%, p<.05 • durchschn. Anzahl vollstation. KH-Tage: ACT: 11,3; SC 28,2 (p<.05) • durchschn. Anzahl Behandlungstage in Tagesklinik: ACT: 2,4; SC: 16,4 (p<.01) • durchschn. Anzahl von ambulanten Behandlungskontakten: ACT: 78,7; SC: 15,6 (p<.001) <p>(Lambert et al., 2010; Karow et al., im Druck)</p>
NN	"kürzere Krankenhausaufenthalte aber nicht weniger Aufenthalte in Initialphase" "in Therapiephase fast keine KH-Aufenthalte"
NN	"Verkürzung stationärer Krankenhausaufenthalte: - stat. Verweildauer sinkt von 35 Tagen auf 20 Tage - Verlagerung zur teilstationären Versorgung - Wiederaufnahmequote sinkt um ca. 30% - Absinken Selbsteinweisungsrate: 15%"
NN	"reduzierte Anzahl an KH-Tagen durch verhinderte Wiederaufnahme und Verbleib in ambulanter Nachsorge"
NN	"Reduzierte Anzahl an KH-Tagen zu Regelversorgung"
69	<p>"Bei den eingeschriebenen Patienten kam es im Betrachtungszeitraum zu einer Verringerung der Verweildauer um sechs Tage, während diese Verringerung bei nicht eingeschriebenen Patienten nur zwei Tage betrug."</p> <p>"12% weniger vollstationäre Fälle bei eingeschriebenen Patienten im Vergleich zur Regelversorgung." (Rieger & Schmidt-Michel 2011, S. 54)</p>

Quelle: Datenbank: Wenn keine zitierte Quelle angegeben ist, stammen die Angaben aus den Fragebögen. Angaben, die aus der Befragung und nicht aus publizierten Quellen stammen sind anonymisiert (Projektnummer NN).

4.3.5 Ökonomische Anreize und Effekte

Sechs Projekte habe keine näheren Angaben zu den Vergütungsmodalitäten gemacht. Bei zwei Projekten handelt es sich um Vorhaben, die aus öffentlichen Mitteln - z.B. Forschungsmitteln oder Mitteln des Jugendamtes - finanziert werden.

Bei den verbleibenden Projekten lassen die Angaben in den Fragebögen bzw. in den verfügbaren Publikationen und Dokumenten folgende Rückschlüsse auf die Vergütungsmodalitäten zu:

- In drei Projekten erfolgt eine Abrechnung auf Basis bestehender Vergütungsregelungen der GKV.
- Insgesamt zehn Projekte charakterisieren ihre Vergütung als "Pauschale" (Fallpauschale, Jahrespauschale, tagesbezogene Pauschale, Monatspauschale, schweregradabhängige Fallpauschale, Betreuungspauschale), wobei die Angaben vielfach zu ungenau sind, um die konkreten Vergütungsmodalitäten rekonstruieren zu können. In einigen Fällen handelt es sich um definierte Komplexleistungen, die pro Fall offenbar einmalig abgerechnet werden können. Ein Projekt gibt an, dass die Pauschalvergütung an das beteiligte Krankenhaus gezahlt wird, das seinerseits dann die kooperierenden Leistungserbringer vergütet (vermutlich leistungsbezogen). Ein Projekt hat je nach Vertragspartner unterschiedliche Vergütungsmodalitäten (Vertragspartner BKK: "Monatspauschalen", Vertragspartner TK: "Malusmodell", vgl. unten).
- Ein weiteres Projekt machte folgende Angaben zum Vergütungsmodell: "Pro Behandlungsfall wird den Krankenkassen eine Fallpauschale in Rechnung gestellt. Eine Akutbehandlung in APAH dauert bis zu 30 Tage, die Pauschale wird gezahlt, wenn ein Patient mindestens 6 Tage behandelt wurde. In der Pauschale sind alle ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen Leistungen für 30 Tage enthalten, Medikamente werden per Rezept verordnet."
- In zwei Projekten kommt das von der Techniker Krankenkasse explizit als ein "§17d-kompatibles" Konzept bezeichnete Vergütungsmodell zum Einsatz (Lohstroh et al. 2010; Lehman et al. 2011): "Die Vergütung beruht auf einem leistungsbezogenen und sektorenübergreifenden Tagesbasisfallwert (TBW), der durch Multiplikation mit dem festgelegten Relativgewicht (RG) in eine Tagespauschale je Behandlungsbereich mündet." (Lehmann et al. 2011, S. 389). Wei-

tere Einzelheiten zu dem Modell sind den beiden zitierten Publikationen zu entnehmen.

- Zwei weitere Projekte sind Teil des von der Techniker Krankenkasse initiierten Modells "Netzwerk psychische Gesundheit" und wurden eingangs bereits im Sinne der Einschlusskriterien dieser Studie als Grenzfälle gekennzeichnet. Das Vergütungskonzept der TK in diesen Projekten - an denen auch andere Krankenkassen mit ggfs. abweichenden Vergütungskonzepten beteiligt sind - ist ausführlich bei Ruprecht und Klüsener (2010) beschrieben: Die Vertragspartner erhalten eine je nach Patientengruppe risikoadjustierte jährliche Kopfpauschale ("Versorgungspauschale"), in die zum einen die erwarteten Ausgaben für (teil-)stationäre und PIA-Versorgung eingehen und zum anderen bestimmte Zuschläge für spezifische Leistungen. Ferner wird für den Vertragspartner zunächst eine Bonuszahlung in Höhe von 10% der Versorgungspauschale jedes Patienten kalkuliert. Die Summe der Versorgungspauschalen der vom Vertragspartner versorgten Population ist das jährliche Budget, aus dem alle modell-spezifischen Leistungen beglichen werden müssen. Falls dann bei einem Patienten (teil-)stationäre oder PIA-Leistungen in Anspruch genommen werden, wird die Versorgungspauschale von der TK nachträglich um die dafür entstehenden Kosten gekürzt. Ferner verliert der Vertragspartner für die betreffenden Patienten den Bonus. Durch dieses "Malus-Modell" wird somit für den Vertragspartner ein Anreiz zur Vermeidung von Behandlungen an psychiatrischen Krankenhäusern bzw. deren Ambulanzen gesetzt.

Für acht Projekte ließen sich Ergebnisse bzw. Aussagen zu ökonomischen Effekten eruieren (Tabelle 6).

Substanzielle und nachvollziehbare Ergebnisse liefert vor allem die bereits zitierte Studie zur gesundheitsökonomischen Evaluation von Projekt Nr. 5 (Karow et al., im Druck). Es bestätigt sich die bereits bei den Verlagerungseffekten (vgl. Tabelle 5) beobachtete Substitution von stationärer/tagesklinischer Versorgung durch ambulante Versorgung auch auf der Kostenebene: In der ACT-Gruppe sind die ambulanten Kosten signifikant höher und die voll- und teilstationären Kosten signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Auf der Ebene der Gesamtkosten der psychiatrischen Versorgung resultiert ein Kostenunterschied zugunsten der ACT-Gruppe, der jedoch nicht statistisch signifikant ist. Da die ACT-Gruppe jedoch gemessen an den QALYs einen signifikant höheren Nutzwert aufweist, ist die Intervention "ACT" nach den üblichen gesundheitsökonomischen Maßstäben als kosteneffektiv anzusehen.

In einem weiteren Projekt wird berichtet, dass die Programmkosten höher liegen als die erzielten Einsparungen. Die Einsparung wird in diesem Projekt von der beteiligten Krankenkasse durch einen Vergleich der Kosten der Programmteilnehmer mit den Durchschnittskosten von Patienten mit entsprechenden Diagnosen am gleichen Ort (Lübeck) gemessen.

Tabelle 6: Projekte der Kategorie " Teambasierte Ansätze ": Angaben zu ökonomischen Effekten

Projekt-Nr.	Angaben zu ökonomischen Effekten
NN	"Erste positive Anzeichen: Rückgang der Fallkosten."
5	<p>Vergleich Interventionsgruppe (Assertive Community Treatment, ACT) mit Kontrollgruppe (Standard Care, SC) bezogen auf den 12-monatigen Beobachtungszeitraum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesamtkosten der psychiatrischen Versorgung: ACT: 12.995€; SC: 15.497€ (n.s.) • darunter Kosten für stationäre/tagesklinische Versorgung: ACT < SC (p<.001) • darunter Kosten für ambulante Versorgung: ACT > SC (p<.001) • Mittelwert QALYs: ACT: 0,76; SC: 0,66 (p<.001). • Wahrscheinlichkeit ICER < 50.000€ / QALY: 99,5% <p>(Karow et al, im Druck)</p>
10	<p>"Die Kosten der IV Rückzugsräume liegen ungefähr 20% unter dem durchschnittlichen Tagessatz der psychiatrischen Kliniken in Bremen"</p> <p>(Faulbaum-Decke & Weatherly, 2009, S. 234)</p>
13	<p>"Absinken der Behandlungskosten um 1.500 Euro pro Fall"</p> <p>(Schulte-Florian & Medenbach, 2009, S. 262)</p>
NN	"Eingesparte Mittel werden zur Finanzierung von mobilen Teams verwendet"
NN	"Mehrausgaben, da die Programmkosten die Einsparungen deutlich übertreffen."
NN	"Durch Reduktion stationärer Behandlung ergeben sich finanzielle Einsparungen für das Jugendamt."
69	<p>"Über die erzielten Einsparungen konnte ein ambulantes Krisenteam finanziert werden."</p> <p>(Rieger & Schmidt-Michel, 2011, S. 54)</p>

Quelle: Datenbank: Wenn keine zitierte Quelle angegeben ist, stammen die Angaben aus den Fragebögen. Angaben, die aus der Befragung und nicht aus publizierten Quellen stammen sind anonymisiert (Projektnummer NN).

4.3.6 Sicherung der Versorgungsqualität

Von sieben Projekten konnten Ergebnisse zu qualitätsbezogenen Parametern recherchiert werden. Darüber hinaus haben mehrere Projekte detaillierte Angaben zu den Indikatoren und Messinstrumenten gemacht, mit denen im Rahmen der Evaluation die qualitätsbezogenen Outcomes gemessen werden. Da vielfach jedoch noch keine Evaluationsergebnisse vorliegen, wurden folglich auch keine oder nur vorläufige Angaben zu den tatsächlichen Resultaten gemacht.

Tabelle 7 zeigt die Angaben der sieben Projekte zu qualitätsbezogenen Effekten. Wie bereits bei den vorangehenden Themen ragt auch hier das Projekt des UK Hamburg-Eppendorf (Nr. 5) hervor, das auf mehreren Dimensionen signifikante Vorteile einer Versorgung nach dem Konzept des "Assertive Community Treatments" gefunden hat.

Tabelle 7: Projekte der Kategorie "Teambasierte Ansätze": Angaben zu Effekten auf die Versorgungsqualität

Projekt-Nr.	Angaben zu Effekten auf die Versorgungsqualität
5	<p>Bezüglich der Behandlungsqualität und Veränderungen im Gesundheitszustand zeigten sich eine Reihe von signifikanten Verbesserungen bei den gemäß dem ACT-Konzept behandelten Patienten gegenüber der Kontrollgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankheitssymptome ($p < .01$), • Krankheitsschweregrad ($p < .001$), • Allgemeines Funktionsniveau ($p < .05$), • Lebensqualität ($p < .05$), • Gesundheitszustand der durch Angehörige wahrgenommen wird ($p < .05$), • falsche Medikamenteneinnahme ($p = .027$) <p>Zudem ließ sich eine höhere Wahrscheinlichkeit für folgende Aspekte feststellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in Beschäftigung/ dem Arbeitsmarkt zugehörig ($p = .001$), • unabhängige Lebensführung ($p = .007$), • Medikamentenadhärenz ($p < .001$) <p>(Lambert et al., 2010)</p> <p>Ergänzende Angaben aus dem Fragebogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr Behandlungstreue / Reduktion Behandlungsabbruch / deutlich weniger Zwangsmaßnahmen • Anhaltende Abnahme Psychopathologie (CGI u.a.) • Anhaltende Zunahme Lebensqualität und soz. Funktionsniveau (GAF) • Deutlich mehr Behandlungszufriedenheit (Patienten und Angehörige)
NN	<p>"Erste Zwischenergebnisse der Begleitforschung weisen darauf hin, dass eine deutliche Symptombesserung erreicht werden konnte, begleitet von einer hohen Behandlungszufriedenheit auf Seiten der Patienten.</p> <p>Mehr Patienten erreicht, kurze Wartezeit erreicht."</p>
NN	<p>"2003 fand eine umfangreiche Prüfung durch den MDK statt, die dazu führte dass der damals noch vorläufige Vertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen unbefristet verlängert wurde."</p>
NN	<p>"Deutliche Verbesserungen im Behandlungsverlauf hinsichtlich externalisierender Problembereiche (dissoziale und aggressive Verhaltensweisen) aus Sicht der Eltern. Leichte bis mittlere Verbesserungen hinsichtlich internalisierender Problembereiche und der Lebensqualität aus Sicht der Eltern."</p>
NN	<p>"Bessere therapeutische Wirksamkeit über Beziehungsarbeit Homogene Umsetzung von Therapiekonzepten durch Team-, Fallkonferenzen."</p>
NN	<p>"Gleichbleibende Patientenzufriedenheit bei Verringerung von stationärer Behandlung."</p>
NN	<p>"Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass eine Reduktion der Symptomatik vorliegt und dass die Mehrzahl der Patientinnen in den weiterführenden Behandlungsangeboten 'ankommt'."</p>

Quelle: Datenbank: Wenn keine zitierte Quelle angegeben ist, stammen die Angaben aus den Fragebögen. Angaben, die aus der Befragung und nicht aus publizierten Quellen stammen sind anonymisiert (Projektnummer NN).

4.4 Projekte der Kategorie "Sektorübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung "

4.4.1 Konzeptioneller Hintergrund

In die Kategorie "Sektorübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung" wurden Projekte aufgenommen, deren charakteristisches Merkmal die Übertragung der - auch finanziellen - Verantwortung für die psychiatrische/psychosomatische Versorgung einer Population - i.d.R. einer regional abgegrenzten Wohnbevölkerung - an einen Vertragspartner ist. Der Umfang des Versorgungsauftrags ist dabei unterschiedlich definiert und kann nur die (teil-)stationäre und institutsambulante Versorgung umfassen (ohne niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten) oder auch ambulante Leistungserbringer einschließen.

Als Modellfall kann das erstmals im Landkreis Steinburg (Schleswig-Holstein) erprobte und inzwischen in mehreren anderen Regionen nachgeahmte Konzept des "Regionalen Psychriatriebudgets" gelten (Roick et al. 2005; Deister et al. 2010; König et al. 2010).

4.4.2 Merkmale der recherchierten Projekte im Überblick

Der Kategorie werden neun Projekte zugeordnet:

- Das Modell des Regionalen Psychriatriebudgets ist mit der Ursprungsregion (Kreis Steinburg, Projekt Nr. 6) sowie fünf regionalen Nachahmer-Projekten vertreten (Nr. 43, 56, 57, 58, 59). Alle diese Projekte haben die Gesamtheit der Patienten mit psychiatrischen Diagnosen zur Zielgruppe. Die Modellkonstruktion umfasst jeweils eine psychiatrische Klinik bzw. Fachabteilung, die als Budgetnehmer fungiert und die Versorgung für die Patientenpopulation der Einzugsregion im Rahmen des vereinbarten Versorgungsauftrags organisiert.
- Projekt-Nr. 47 ist das Vorhaben "Integrierte Versorgung Schizophrenie" der AOK Niedersachsen mit den Vertragspartnern I3G GmbH und Care4S GmbH. Das Projekt zielt nur auf Patienten mit einer F2-Diagnose.
- Projekt Nr. 48 ist ein "Regionales Budgetmodell zur integrierten Versorgung von Suchtpatienten (Alkoholabhängigkeit)". (Über dieses Projekt konnten nur wenige Informationen recherchiert werden.)
- Projekt Nr. 58 (Versorgung psychiatrischer Patienten in der Region Ostebogen) ist ein Projekt der AOK Niedersachsen mit einer Ma-

nagementgesellschaft und zahlreichen Leistungserbringern als Kooperationspartnern, das alle psychiatrischen Patienten einschließt.

4.4.3 Evaluation

Bei insgesamt fünf Projekten liegen keine Angaben zu Evaluationen vor. Zu den übrigen Projekten konnten folgende Informationen ermittelt werden:

- In einem Projekt wird zum einen auf der Basis von Routinedaten der Krankenkasse mit einem Matched Pairs-Design evaluiert. Zum anderen erfolgt eine qualitative Evaluation: "Qualitative Studie mit Bildung von Fokusgruppen Patienten IV, Patienten ohne IV in Vergleichsregion sowie Angehörige".
- In einem Projekt wird durch eine "prospektive Kohortenstudie mit interner und externer Kontrolle im Sinne einer Beobachtungsstudie (Versorgungsforschungsstudie), Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzwertstudie sowie Kontrollgruppenbildung mittels propensity score" evaluiert. Ergebnisse dieser Evaluation lagen zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Studie noch nicht vor.
- Ein weiteres Projekt entspricht dem Modell "Regionales Psychiatriebudget" (vgl. Projekt Nr. 6). Aus den Angaben lässt sich entnehmen, dass auf jeden Fall eine Evaluation im Sinne einer Verlaufsbeobachtung der teilnehmenden Patienten erfolgt. Ferner heißt es: "Die erhobenen Parameter werden mit Norm- und Vergleichsstichproben verglichen."
- Projekt Nr. 6 - das Urmodell des "Regionalen Psychiatriebudgets" - ist wissenschaftlich evaluiert worden. Die Evaluation erfolgte durch einen Vergleich von Patienten mit den Diagnosen F10, F2 oder F3, die in der Modellregion (MR) im Rahmen des Regionalen Psychiatriebudgets behandelt wurden mit Patienten einer Vergleichsregion (VR) mit herkömmlicher Finanzierung.

Die Ergebnisse des Vergleichs von 258 Patienten in MR und 244 Patienten in VR nach 1,5 (Roick et al. 2008) bzw. 3,5 Jahren Beobachtungszeit (König et al. 2010) sind im Detail den beiden Publikationen zu entnehmen.

4.4.4 Sektorenübergreifende Verlagerungseffekte

Zwei Projekte machen Angaben zu Verlagerungseffekten (Tabelle 8).

Tabelle 8: Projekte der Kategorie "Sektorübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung": Angaben zu sektorübergreifenden Verlagerungseffekten

Projekt-Nr.	Angaben zu Verlagerungseffekten
NN	"Über den Ansatz des regionalen Budgets wird eine Reduktion der Behandlungstage in den ersten fünf Jahren um durchschnittlich 28,7% erreicht. Zudem wird eine signifikante Zunahme der ambulanten Behandlung, eine Verkürzung der stationären Verweildauer sowie eine Verbesserung der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Behandlungssettings erreicht."
NN	"Verringerung des Anteils der vollstationären Fälle an den Gesamtfällen von 2008 bis 2010 um 6,7%. Zudem wird eine Reduzierung der vollstationären Belegungstage für die Jahre 2008 bis 2010 erreicht. Seit dem Jahr 2008 lässt sich darüber hinaus eine rückläufige Verweildauer in Höhe von 11,5% im vollstationären Bereich verzeichnen. In der kurzen Frist wird über die personenzentrierte Therapie und entsprechende Angebotsplanung eine Verlagerung in den teilstationären Sektor erreicht."

Quelle: Datenbank: Wenn keine zitierte Quelle angegeben ist, stammen die Angaben aus den Fragebögen. Angaben, die aus der Befragung und nicht aus publizierten Quellen stammen sind anonymisiert (Projektnummer NN).

4.4.5 Ökonomische Anreize und Effekte

Das Modell des Regionalen Psychriatriebudgets sieht die Vereinbarung eines Budgets zwischen Kostenträger und einem für die psychiatrische Versorgung der betreffenden Region zuständigen Krankenhaus für die Versorgung einer definierten Anzahl von Patienten vor. Das Budget umfasste in dem ursprünglichen Modell (Nr. 6) die vollstationäre, teilstationäre und die institutsambulante Behandlung durch das Krankenhaus in der MR (Klinikum Itzehoe). Leistungen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowie komplementär-psychiatrische Versorgungsleistungen waren nicht inkludiert. Für die Versorgung dieser Patienten im Rahmen des vereinbarten Versorgungsauftrags übernimmt die Klinik somit das Morbiditätsrisiko und hat einen entsprechenden Anreiz, eine möglichst effiziente Versorgung - z.B. durch Reduktion der vollstationären Behandlungsanteile - zu realisieren.

In der Befragung wurde mitgeteilt, dass über eine Ausweitung des Finanzierungskonzepts auch auf niedergelassene Nervenärzte bzw. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie diskutiert wird (Stand 2011).

Das Budgetkonzept der beiden folgenden Projekte geht hinsichtlich der sektorübergreifenden Steuerungsanreize und Dispositionsspielräume am weitesten:

- Projekt Nr. 47: "Die AOK Niedersachsen hat mit dem Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen I3G GmbH einen landesweiten Vertrag zur Integrierten Versorgung von Schizophrenie-Patienten geschlossen. Die I3G GmbH fungiert als Budgethalter. Mit der operativen Umsetzung wurde die Care4s GmbH (Care for Schizophrenia) beauftragt. Das Unternehmen baut derzeit ein flächendeckendes Netzwerk von Fachärzten und Fachpflegern auf und unterstützt die Strukturen vor Ort.

Die Vertragspartner (AOK Niedersachsen und die I3G GmbH) haben für die Versorgung der an Schizophrenie erkrankten Versicherten ein psychiatrisches Behandlungsbudget vereinbart: Die Leistungen Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Soziotherapie, Psychiatrische Fachkrankenpflege und Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen sind Gegenstand der Budgetverantwortung, sofern sie für einen an Schizophrenie erkrankten Versicherten der AOK Niedersachsen aufgrund dieser Indikation erbracht wurden, unabhängig von der IV-Teilnahme eines Patienten. Sie sind Gegenstand der Budgetverantwortung, unabhängig davon, ob sie durch einen an der IV teilnehmenden Leistungserbringer oder durch einen anderen Leistungserbringer erbracht wurden."

Ein ähnliches bzw. teilweise identisches Modell liegt einem anderen Projekt in Niedersachsen zugrunde:

- "Die Vertragspartner haben für die Versorgung der Versicherten im definierten Postleitzahlenbereich für die Diagnosegruppen F00-F99 ein psychiatrisches virtuelles Behandlungsbudget vereinbart, das bei der AOK Niedersachsen geführt wird. Die Leistungen Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Soziotherapie, Psychiatrische Fachkrankenpflege, Krankengeld und Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen sind Gegenstand der Budgetverantwortung, sofern sie für einen Versicherten der AOK Niedersachsen mit der entsprechenden ICD-10 erbracht wurden, unabhängig von der IV-Teilnahme eines Patienten. "

Zu den ökonomischen Effekten liegen Angaben aus drei Projekten vor (Tabelle 9).

Tabelle 9: Projekte der Kategorie "Sektorübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung": Angaben zu ökonomischen Effekten

Projekt-Nr.	Angaben zu ökonomischen Effekten
6	König et al. (2010): Die Studie ergab nach 3,5 Jahren Laufzeit keinen Unterschied in den psychiatrischen Versorgungskosten zwischen Modellregion und Vergleichsregion. Ergänzende Angabe im Fragebogen: "Stabilisierung der Kostenentwicklung im Gegensatz zur Kontrollregion in der entsprechende Kostensteigerungen im Betrachtungszeitraum aufgetreten sind."
NN	"Hier kam es für das beteiligte KH durch sinkende stationäre Berechnungstage unterjährig zu einem Liquiditätsverlust. Dieser konnte aber in den Budgetverhandlungen 2011 ausgeglichen werden, so dass für die vermehrt in Anspruch genommenen teilstationären und ambulanten Ressourcen jetzt auch unterjährig genügend Mittel zur Verfügung stehen."
NN	"Über eine jährliche Managementpauschale zur Finanzierung der psychiatrischen Pflegeleistungen in einer zuvor definierten Region (angelehnt an die Regelversorgungskonditionen ohne zeitliche Befristung) werden diverse Maßnahmen zur Versorgung im ambulanten Sektor angereizt. Die Wirksamkeit dieses Ansatzes ließ sich schließlich darüber zeigen, dass die eingeschriebenen Versicherten in den Bereichen PIA und KH günstiger versorgt wurden als deren Vergleichsgruppe."

Quelle: Datenbank: Wenn keine zitierte Quelle angegeben ist, stammen die Angaben aus den Fragebögen. Angaben, die aus der Befragung und nicht aus publizierten Quellen stammen sind anonymisiert (Projektnummer NN).

4.4.6 Sicherung der Versorgungsqualität

Die Angaben zur Versorgungsqualität aus zwei Projekten sind in Tabelle 10 dokumentiert.

Tabelle 10: Projekte der Kategorie "Sektorübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung": Angaben zu Effekten auf die Versorgungsqualität

Projekt-Nr.	Angaben zu Effekten auf die Versorgungsqualität
6	Das Funktionsniveau der Patienten verbesserte sich in der Modellregion stärker als in der Kontrollregion. (König et al., 2010, S.34)
NN	"Durch verschiedene Therapiemodule, Psychoedukation und Förderung von Selbstorganisation und sozialer Unterstützung wird eine höhere Alltagskompetenz der behandelten Patienten erreicht. Zudem lässt sich langfristig eine Verbesserungen im Gesundheitszustand sowie der Sekundär- und Tertiärprävention feststellen."

Quelle: Datenbank: Wenn keine zitierte Quelle angegeben ist, stammen die Angaben aus den Fragebögen. Angaben, die aus der Befragung und nicht aus publizierten Quellen stammen sind anonymisiert (Projektnummer NN).

4.5 Projekte der Kategorie "Sonstige Modellprojekte"

Zu den Projekten dieser Kategorie ergaben die Recherchen und Befragungen nur sehr spärliche Informationen, die im Folgenden zusammengefasst werden.

4.5.1 Merkmale der recherchierten Projekte im Überblick

25 Projekte wurden der Kategorie "Sonstige Modellprojekte" zugeordnet. Allerdings haben nur zwei dieser Projekte den detaillierten Fragebogen der zweiten Befragungsstufe beantwortet.

Hinsichtlich der Patientenzielgruppen finden sich folgende Konstellationen:

- Alle psychischen Erkrankungen stehen im Fokus von Projekt Nr. 31.
- Psychische Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen (Nr. 16) bzw. psychosomatische und psychosoziale Erkrankungen bei Erwachsenen sind Gegenstand der Projekte Nr. 16 und 18.
- In Projekt Nr. 50 werden psychiatrisch erkrankte Patienten mit Ausnahme von Schizophrenien behandelt.
- Ein ähnlich breites Spektrum fokussiert Projekt Nr. 9 (Depressive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, schwere Trauer- oder Trennungssituationen, Folgen von Missbrauch- oder Gewalterfahrungen, Somatoforme Störungen, Psychosen, andere psychische Störungen und Krisen, chronische psychische Krankheiten).
- Psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) werden in Projekt Nr. 3, Versicherte mit Depressionen und Alkoholproblemen in Projekt Nr. 61 und alkoholabhängige Menschen in Projekt Nr. 63 behandelt.
- Die Behandlung von Schizophrenien ist Gegenstand von Projekt Nr. Nr. 8.
- Affektive Störungen und Schizophrenien werden in den Projekten Nr. 21 und 67 behandelt.
- In Projekt Nr. 20 werden die Erkrankungen Schizophrenie, Depression sowie manisch, bipolare, psychosomatische, gerontopsychiatrische Störungen und Suchterkrankungen behandelt.
- Der Behandlungsansatz in Projekt Nr. 17 zielt auf affektive Störungen. Vier weitere Projekte fokussieren Depressionen in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren sowie Persönlichkeits- und

Verhaltensstörungen (Nr. 36, 39) sowie depressive Erkrankungen (Nr. 37, 40).

- Akute psychische Krisensituation, besonders mit präsuizidalem Hintergrund nach Suizidversuch sind Gegenstand von Projekt Nr. 30.
- Weitere vier Projekte fokussieren psychosomatisch erkrankte Patienten (Nr. 42, 52 & 53) bzw. psychosomatisch erkrankte Erwachsene (Nr. 55).
- Dementielle Erkrankungen sind Gegenstand von Projekt Nr. 62.

4.5.2 Evaluation

Zu drei Projekten in dieser Kategorie (Nr. 3, 8, 9) finden sich im Rahmen der Sammelpublikation zu neuen Versorgungskonzepten (Weatherly & Läggl 2009) entsprechende Projektangaben. Allerdings enthalten diese Beiträge mit Ausnahme des Projekts Nr. 3 lediglich Beschreibungen des Versorgungsansatzes sowie der verfolgten Ziele. Erste Evaluationsergebnisse zu den sektorübergreifenden Verlagerungseffekten, ökonomischen Anreizen sowie Ergebnissen bzgl. der Versorgungsqualität finden sich für Projekt Nr. 3 hingegen in den nachfolgend beschriebenen Ausführungen gemäß Hein & Weatherly (2009) sowie Hein et al. (2010).

Zu keinem der in dieser Kategorie untersuchten Modelle liegen auszuwertende wissenschaftliche Publikationen vor, wenngleich in vier Projekten eine wissenschaftliche Evaluation in Planung ist.

Die entsprechenden Angaben zur Evaluationsmethodik lassen sich schließlich gemäß den folgenden beiden Projekten zusammenfassen:

- So ist zur Sicherung und Kontrolle der Qualität in einem Projekt bei Aufnahme sowie Entlassung des Patienten ein entsprechender Fragebogen auszufüllen und der Behandlungserfolg wird über den Ansatz einer 1-Jahreskatamnese überprüft. Die Evaluationsphase startete in diesem Fall im Jahr 2011 und umfasst einen individuellen Beobachtungszeitraum von einem Jahr. Zudem ist in diesem Ansatz die Option für einen zweiten Beobachtungszeitraum von einem weiteren Jahr vorgesehen. Darüber hinaus sind aus Kontrollzwecken von den Patienten standardisierte Fragebögen zu qualitätsbezogenen Aspekten und zur Patientenzufriedenheit auszufüllen, wohingegen von ärztlicher Seite ein Entlassungsbrief mit den üblichen Anforderungen eingefordert wird.
- Analog hierzu wird in einem weiteren Projekt im Rahmen eines Fragebogens an Patienten und Angehörige die Zufriedenheit mit der Behandlung und Beratung ermittelt, sowie sechs Monate nach der

ambulanten Vorstellung des Patienten der weitere Behandlungsverlauf festgelegt.

4.5.3 Sektorenübergreifende Verlagerungseffekte

Die meisten der in dieser Modell-Kategorie erfassten Ansätze zielen darauf ab, die stationäre Behandlung zu verringern, indem entsprechende ambulante Versorgungsformen angeboten werden.

Ergebnisse zur erfolgreichen Verlagerung in die ambulante Versorgung lassen sich hingegen nur im Rahmen von Projekt Nr. 3 festhalten. So wird in diesem Ansatz durch das nahtlose Ineinandergreifen von ambulanten und teilstationären Angeboten über Beratungsleistung, ambulante qualifizierte Behandlung, Modularisierung der Behandlung und Niedrigschwelligkeit des Angebots eine Reduzierung der stationären Behandlung sowie eine Vermeidung von Rückfällen erreicht (Hein & Weatherly, 2009, S. 172).

4.5.4 Ökonomische Anreize und Effekte

Von den insgesamt 25 in dieser Modell-Kategorie erfassten Ansätze finden sich erneut nur für Projekt Nr. 3 entsprechende Ergebnisse zu ökonomischen Effekten.

In diesem Projekt werden Pauschalvergütungen an die ambulanten Kooperationspartner gezahlt. Dadurch sollen Einsparungen im Bereich der stationären Versorgung erzielt werden. Nach Angaben der Autoren lassen sich durch die verringerte stationäre Versorgung die Mehrausgaben für den höheren Koordinationsaufwand und vier zusätzliche Mitarbeiter finanzieren (siehe Hein & Weatherly, 2009, S. 171-172).

4.5.5 Sicherung der Versorgungsqualität

Zwei Projekte berichten von entsprechenden Resultaten bzgl. der Versorgungsqualität:

- So wird in Projekt Nr. 3 durch die frühzeitige Behandlung eine durchgreifende Verbesserung der Lebensqualität erreicht (siehe Hein & Weatherly, 2009, S. 171). Darüber hinaus ergibt sich für die im Rahmen des Modells behandelten Patienten ein deutlich verringertes Rückfallrisiko in die Suchterkrankung (siehe Hein et al., 2010, S. 151).
- In einem weiteren Projekt lässt sich gemäß den Angaben der Projektverantwortlichen durch diverse Maßnahmen zur Evaluation und

Sicherung der Behandlungsqualität (z.B. standardisierter Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, ärztlicher Entlassungsbrief...) eine Chronifizierung der Erkrankung erfolgreich verhindern.

5 Schlussfolgerungen

5.1 Sektorübergreifende Verlagerungseffekte

Unter der thematischen Überschrift sind die folgenden fünf vom Auftraggeber formulierten Fragestellungen zusammengefasst worden:

1. Welche Modelle führen zu einer Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich und wie groß ist dieser Effekt?
2. Welche Modelle sind geeignet, um Sektorengrenzen zu überwinden?
3. Können Home-Treatment, Crisis-Resolution- oder Assertive-Community-Treatment-Teams stationäre Aufnahmen verhindern oder verkürzen und wie groß ist dieser Effekt?
4. Kann durch Case-Management die Rate an Wiederaufnahmen oder Krisen reduziert werden und wie groß ist dieser Effekt?
5. Welche Auswirkungen ergeben sich für die vertragsärztliche Versorgung und den komplementären Bereich?

Projekte aus jeder der drei Kategorien (Case Management, Teambasierte Interventionskonzepte und sektorübergreifende Modelle mit Budgetverantwortung) berichten über teilweise erhebliche Verlagerungseffekte im Sinne einer Verkürzung von (voll-)stationären Verweildauer bzw. vermiedenen stationären Aufnahmen.

Aus wissenschaftlicher Sicht am besten nachgewiesen ist der deutliche Verlagerungseffekt in dem Projekt zum "Assertive Community Treatment (ACT)" (Projekt Nr. 5), wo bezogen auf den Zeitraum eines Jahres die durchschnittliche Zahl der vollstationären Behandlungstage in der ACT-Gruppe weniger als die Hälfte der Tage in der Kontrollgruppe betrug.

Auch die Evaluation des Regionalen Psychiatriebudgets hat eine Verlagerung aus der vollstationären in die teilstationäre und ambulante Versorgung gezeigt.

Die Angaben aus zahlreichen anderen Projekten sind nach wissenschaftlichen Maßstäben als wenig abgesichert anzusehen bzw. die Darstellungen der Methodik sind unvollständig oder intransparent.

Bei einer ganzen Reihe von Projekten ist die Evaluation jedoch nicht abgeschlossen, so dass u.U. in Zukunft weitere Ergebnisse zu erwarten sind.

Aus Sicht des IGES ist ferner zu vermuten, dass in zahlreichen hier dargestellten Projekten vor allem auf Seiten der Kostenträger noch deutlich mehr Informationen über die Entwicklung der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen vorhanden sind. Diese Vermutung ergibt sich aus den relativ häufigen Angaben zu Evaluationen durch die Kostenträger. Die Ergebnisse wurden für die Zwecke dieser Untersuchung jedoch leider nicht zur Verfügung gestellt.

5.2 Ökonomische Anreize und Effekte

Unter der thematischen Überschrift sind die folgenden vom Auftraggeber formulierten Fragestellungen zusammengefasst worden:

6. Welche finanziellen Anreize sind geeignet, um eine Verlagerung der Behandlung in ambulante Angebote zu erreichen?
7. Welche Strukturen sind geeignet, um Leistungsmengen bedarfsgerecht steuern zu können?
8. Welche Modelle sind bezüglich des Ressourceneinsatzes besonders effizient?
9. Welche finanziellen Auswirkungen konnten durch die verschiedenen Projekte beobachtet werden und wie groß sind diese Effekte?

Die gesichteten Projekte weisen eine Vielfalt von Vergütungskonstruktionen auf. Exakte Schlussfolgerungen, welche Vergütungsmodelle am ehesten zu Verlagerungseffekten führen, sind auf Basis der gewonnenen Informationen nicht möglich.

Nimmt man die beiden gut dokumentierten und evaluierten Projekte Nr. 5 (Assertive Community Treatment) und Nr. 6 (Regionales Psychriatriebudget) zum Maßstab, dann ist eine Vergütung auf Basis einer Jahrespauschale, die dem Budgethalter die Freiheit gibt, den Patienten je nach Erfordernis in unterschiedlichen Settings zu versorgen offenbar geeignet, eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich zu initiieren.

Die beiden genannten Projekte führen ferner übereinstimmend zu der Schlussfolgerung, dass eine Verlagerung der Versorgungsaufgaben in nicht-vollstationäre Settings - zumindest auf längere Sicht - kostenneutral ist, d.h. nicht unbedingt zu niedrigeren Ausgaben für die Kostenträger führt.

Andere Projekte nehmen jedoch teilweise deutliche Kosteneinsparungen für sich in Anspruch. Inwieweit dies zutrifft lässt sich auf Basis der ermittelten Informationen nicht beurteilen. Auch hier ist auf die Tatsache zu verweisen, dass vor allem die beteiligten Kostenträger kaum Angaben zu diesen Aspekten geliefert haben.

5.3 Sicherung der Versorgungsqualität

Unter der thematischen Überschrift sind die folgenden vom Auftraggeber formulierten Fragestellungen zusammengefasst worden:

10. Welche Strukturen/Maßnahmen sind geeignet, um sektorübergreifende Qualitätssicherung durchzuführen, bzw. die sektorübergreifende Behandlung zu sichern?
11. Welche Erfahrungen/ Ergebnisse bezogen auf die Versorgungsqualität werden gemacht?

Die gesichteten Projekte berichten - sofern überhaupt Informationen zu diesen Aspekten geliefert wurden - positive Effekte auf die Versorgungsqualität.

Auch die beiden Projekte mit publizierten Ergebnissen (Nr. 5 und 6) haben teilweise deutlich positive Effekte auf verschiedensten Dimensionen der Versorgungsqualität gefunden.

Die Evaluation des Regionalen Psychriatriebudgets (König et al. 2010) sollte u.a. der Frage nachgehen, ob bei einer längerfristigen Betrachtung (Beobachtungszeitraum 3,5 Jahre) unter den Bedingungen eines Regionalbudgets Qualitätseinbußen zu beobachten sind. Hintergrund ist der bei Capitation-Vergütungen inhärente Anreiz zur Unterversorgung. Die Studie konnte jedoch keine Qualitätseinbußen in der Modellregion feststellen, sondern im Gegenteil sogar bessere Versorgungsergebnisse als in der Vergleichsregion.

In den Projekten mit systematischer wissenschaftlicher Evaluation wird die Qualität der Versorgung vor allem durch die regelmäßigen Erhebungen und Assessments der Patienten mit Hilfe von etablierten psychiatrischen Messinstrumenten unterstützt. Vergleichbare Verlaufsbeobachtungen sind in zahlreichen Projekten implementiert.

Bei sektorübergreifenden und pauschalierten Vergütungsmodellen müssen auch entsprechend übergreifende Mechanismen der Qualitätssicherung implementiert werden. Daher ist u.E. der Einschätzung von König et al. (2010) zu folgen, die im Hinblick auf das Regionale Psychriatriebudget (RPB) konstatieren: "Da jedoch trotzdem das Risiko besteht, dass RPB-Leistungsanbieter versuchen könnten, über Einschränkungen der Versorgungsqualität ihre Kosten zu reduzieren, empfiehlt die Arbeitsgruppe Regionales Psychriatriebudget, bei einer breiteren RPB-Implementierung neben der krankenhausinternen Qualitätssicherung ein auf definierte Zielgruppen ausgerichtetes regionales sektor- und einrichtungübergreifendes Qualitätsmanagement zu implementieren." (König et al. 2010, S. 38).

5.4 Evaluation

Unter der thematischen Überschrift sind die folgenden vom Auftraggeber formulierten Fragestellungen zusammengefasst worden:

12. Sind Veränderungen im Sinne der oben genannten Fragestellungen dauerhaft oder gibt es deutliche Unterschiede zwischen kurz- und langfristigen Effekten?
13. Welche Ergebnisse/Erfahrungen konnten bezüglich der Evaluation von Modellprojekten gemacht werden?

Im Hinblick auf die Dauerhaftigkeit der Effekte sind die Ergebnisse der Evaluation des Regionalen Psychriatriebudgets (Roick et al. 2008; König et al. 2010) relevant, die als einzige speziell der Frage nachgegangen sind, inwieweit die kurzfristig beobachteten Effekte - in diesem Fall nach 1,5 Jahren Beobachtungszeit - auch über einen längeren Zeitraum - hier 3,5 Jahre - Bestand haben. Als Ergebnis ist festzuhalten, dass auch auf längere Frist noch eine Überlegenheit der Integrationsversorgung im Hinblick auf die Versorgungsqualität festgestellt wurde, dass sich die anfänglich beobachteten Kostenvorteile im Zeitverlauf aber nivellierten.

Im Hinblick auf die Häufigkeit und Qualität von Evaluationen ist festzuhalten, dass bislang nur sehr wenige Projekte Evaluationsergebnisse publiziert haben. Methodisch höherwertige Studiendesigns - insbesondere Kontrollgruppenvergleiche - werden in den meisten Projekten nur auf der Ebene der Abrechnungsdaten von den beteiligten Kostenträgern durchgeführt. Effekte auf die Versorgungsqualität dürften damit nicht erfassbar sein.

Bei einigen Projekten sind die wissenschaftlichen Evaluationen noch nicht abgeschlossen.

5.5 Fazit

Aus Sicht des IGES Instituts ist aus der Studie das Fazit zu ziehen, dass zwar eine relativ große Zahl von Modellvorhaben durchgeführt wird, die relevant für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sind, dass aber die Informationslage über diese Projekte sehr lückenhaft ist - und sich auch durch eine gezielte Befragung der Akteure nicht in vollauf befriedigender Weise verbessern lässt.

Die meisten Projekte werden auf der Basis eines Vertrages zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V) durchgeführt. Die beteiligten Krankenkassen dürften somit auch wettbewerbliche Ziele verfolgen, was die Auskunftsbereitschaft über Kernfragen dieser Studie - Vergütungsmodelle, ökonomische Effekte - vielfach beeinträchtigt haben dürfte.

Insofern bestätigt die Studie den mit dem Entwurf für ein *Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen* bereits eingeschlagenen Weg: Wenn Modellvorhaben im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik künftig in systematischer Form für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems genutzt werden sollen, dann erscheint es notwendig, durch eine formale Regelung wie in dem vorgesehenen § 64b SGB V sicherzustellen, dass zumindest grundlegende Informationen über Konstruktion und Ergebnisse der Vorhaben zur Verfügung stehen.

6 Literaturverzeichnis

- Abel C, Köhler-Rönning H, Schweitzer J (2011). Erfolgsbedingungen berufsgruppen- und institutionsübergreifender Kooperation in der psychosozialen Medizin aus Sicht der Akteure: Das "Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis (NEO)". *Z für Medizinische Psychologie* 2/2011: 88-93.
- Amelung VE, Bergmann F, Sackenheim CR, Hauth I, Jaleel E, Falkai P, Meier U, Reichmann H (2010). Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG.
- Banger M, Paternoga D, Hotz P (2007). Der Casemanagementansatz bei chronisch Alkoholabhängigen als Einstieg in die Integrierte Versorgung nach §§ 140 ff SGB V. *Suchttherapie* 8(4): 164-169.
- Banger M, Spiske KF, Klee A, Kallweit U, Nelles L, Paternoga D, Camporeale C, Glasmacher N, Schmitz-Eltges O, Zantner, K (o.J.): Integrierte Versorgung chronisch suchtmittelabhängiger Menschen (gemäß §§ 140a ff. SGB V) 2. Erfahrungsbericht zum Case Management im Rahmen der Integrierten Versorgung in der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Bonn für den Zeitraum 1.5.2006 – 31.3.2008, Arbeitspapier, http://www.rk-bonn.lvr.de/fachabteilungen/sucht/jahresbericht2008_casemanagement.pdf, letzter Zugriff am 28.2.2012.
- Banger M, Weatherly JN (2009): Case Management für chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchterkrankte, in Weatherly JN, Lägell, R (Hrsg.), *Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 247-251.
- Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S (2008): *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S (2010): Integrierte Versorgung für Depression. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen", in: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, Reichmann H, Roth-Sackenheim C (Hrsg.), *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S.85-100.
- Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Henderson J, Healey A. (2002). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychological Medicine* 32: 383-401.
- Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ (2010): Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget - Ergebnisse eines Modellprojekts in Schleswig-Holstein, *Psychiatrische Praxis*, 37: 335-342.
- Deister A, Heinze M, Kieser C, Wilms, B (2011). Zukunftsfähiges Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 64 (3), 64-69.

- Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M (2011). Intensive case management for severe mental illness. The Cochrane Library. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub2.
- Faulbaum-Decke W, Weatherly JN (2009): Das Projekt "GAPSY" - Rückzugsräume, in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 231-235. Geerds B, Sindermann D, Grotheloh K, Heinz J (o.J.): Integrierte Versorgung Sucht - Neue Versorgungsform innerhalb der GKV, unveröffentlichtes Papier der IKK Nord (Rostock).
- Haug V, Kemmer W, Herbst S (2009): Integrierte Versorgung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen, in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 175-181.
- Hein J, Weatherly JN (2009): Ambulante Entgiftung bei Alkoholismus - Ein Projekt der Charité Berlin, in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 169-173.
- Hein J, Müller C, Heimann H, Hein A (2010): Ambulante qualifizierte Alkoholentgiftungsbehandlungen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité Campus Mitte, in: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, Reichmann H, Roth-Sackenheim C (Hrsg.), Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 149-154.
- Hesse M, Vanderplasschen W, Rapp R, Broekaert E, Fridell M. (2011). Case management for persons with substance use disorders. The Cochrane Library. DOI: 10.1002/14651858.CD006265.pub2
- Karow A, Reimer J, König HH, Heider D, Bock T, Huber C, Schöttle D, Meister K, Rietschel L, Ohm G, Schulz H, Naber D, Schimmelmann BG, Lambert M, (in press). Cost-effectiveness of 12-month-therapeutic Assertive Community Treatment as part of Integrated Care vs. Standard Care in patients with schizophrenia treated with Quetiapine IR (ACCESS Trial). Journal of Clinical Psychiatry, in press.
- Kissling W, Vogel C. (2007). Integrierte Versorgung - Eine Zwischenbilanz. Neuro-Transmitter, Sonderheft 2.2007, S. 11-19.
- Kissling W (2008): Das Münchner Modell - Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme, Psychoneuro, 34(9): 410-415.
- König HH (2010): Begleitforschung der Erprobung eines regionalen Budgets für die psychiatrische Versorgung - Ergebnisse der Evaluation der Effektivität der Versorgung, Arbeitspapier.
- König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, Hierholzer C, Angermeyer MC, Roick C (2010): Das Regionale Psychriatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit. Psychiatrische Praxis, 37: 34-42.
- Lambert M, Bock T, Schöttle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, Bussopulos A, Frieling M, Schödlbauer M, Burlon M, Huber CG, Ohm G, Pakrasi M, Chirazi-Stark MS,

- Naber D, Schimmelmann BG (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*, 71(10):1313-1323.
- Lehmann G, Reddig V, Mendel M, Thiex-Kreye M, Schillen T, Fischer S. (2011). Die finanziellen Anreize werden sich ändern. *f&w* 4/2011: 389-392.
- Lohstroh E, Lehmann G, Ernst R. (2010). Die finanziellen Anreize müssen sich ändern. *f&w* 4/2010: 54-58.
- Marshall M, Lockwood A (2010). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Library*. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.
- Möws V, Lägél R (2009): Projekt der Integrierten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern: "Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Netzwerk", in Weatherly JN, Lägél, R (Hrsg.), *Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 135-144.
- Rieger W, Schmidt-Michel P-O. (2011). Ziel: Verbesserte Gesamtbetreuung. *KU Gesundheitsmanagement* 10/2011: 52-56.
- Rössler W, Theodoridou A. (2006). Neue Versorgungsmodelle in der Psychosebehandlung. *Nervenarzt [Suppl 2]*, 77: S111-S120.
- Roick C, Deister A, Zeichner D, Birker T, König H-H, Angermeyer MC (2005). Das Regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. *Psychiatrische Praxis* 32: 177-184.
- Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Heider D, Schomerus G, Angermeyer MC, König H-H. (2008). Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psychiatrische Praxis* 35: 279-285.
- Ruprecht TM, Klüsener J. (2010). "Managed Care" in der Psychiatrie? *Gesundheits- und Sozialpolitik* 4/2010: 40-46.
- Schulte-Florian G, Medenbach J (2009): Chancen auf neue Versorgungsformen für Menschen mit psychischen Erkrankungen - TK-Netzwerke in NRW, in Weatherly JN, Lägél, R (Hrsg.), *Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 261-265.
- Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S, Tyrer P. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *British Journal of Psychiatry* 178: 497-502.
- Stein LI, Santos AB. (1998). *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. New York: W.W. Norton & Co.
- Weatherly JN, Lägél, R (2009). *Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG.

7 Anhänge

7.1 Anhang 1: Liste der Projekttitle mit Projekt-Nummern

Tabelle 11: Liste der Projekttitle mit Projekt-Nummern

Projekt-Nr.	Projekttitle
1	Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Netzwerk
2	Demenzversorgungsprojekt im Landkreis Uckermark
3	Ambulante Entgiftung bei Alkoholismus - Ein Projekt der Charite Berlin
4	Integrierte Versorgung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen
5	"Assertive Community Treatment psychotischer Patienten Das "Hamburger Modell"
6	Psychiatrisches Regionalbudget Kreis Steinburg
7	Netzwerk Essstörungen im Ostalbkreis (NEO)
8	Das Modulsystem "Kompass" zur Unterstützung einer qualitätsorientierten Behandlung der Schizophrenie
9	"Tagesklinisches und Ambulantes Therapeutisches Zentrum (TATZ) am Universitätsklinikum Giessen und Marburg
10	Das Projekt "GAPSY" - Rückzugsräume
11	Case Management für chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchterkrankte
12	Zusammenarbeit im Rahmen einer integrierten Versorgung für gerontopsychiatrische Erkrankungen
13	Chancen auf neue Versorgungsformen für Menschen mit psychischen Erkrankungen - TK-Netzwerke in NRW
14	Integrierte Versorgung für Depression. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen"
15	OVP - Optimierte Versorgung psychisch Kranker in der Region Rüdersdorf auf Basis eines zukünftigen Entgeltsystems nach § 17d KHG
16	Psychische Erkrankungen

-
- 17 **Depressive Störungen**
 - 18 **Psychosomatische Versorgung**
 - 19 **SeGel - Seelische Gesundheit leben**
 - 20 **Sektorübergreifende Verbesserung der psychischen und psychotherapeutischen Versorgung**
 - 21 **Ambulante geriatrische Komplexbehandlung**
 - 22 **Ambulante Behandlung Abhängigkeitskranker**
 - 23 **Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (APAH)**
 - 24 **Vertrag zur integrierten Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen**
 - 25 **Integrierte Versorgung zur Behandlung von arbeitsunfähigen Versicherten mit ausgewählten psychischen Erkrankungen**
 - 26 **"Behandlung schizophrener und affektiver Erkrankungen: Das Münchner Modell"**
 - 27 **"Optimierte Versorgung in der Psychiatrie auf der Grundlage eines neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG"**
 - 28 **Modellprojekt multiprofessionelle Behandlungseinheit (MBE)**
 - 29 **Pilotprojekt Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen an der psychiatrischen Universitätsklinik der Charite im St. Hedwig Krankenhaus**
 - 30 **Vertrag zur Versorgung von Versicherten in akuten psychischen Krisensituationen, besonders mit präsuizidalem Hintergrund nach Suizidversuch**
 - 31 **Versorgung psychisch erkrankter Menschen in der AHG Klinik Berus**
 - 32 **Vertrag zur integrierten Versorgung über die Erbringung und Vergütung von ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen am Krankenhaus für den Behandlungsbereich der psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen**
 - 33 **„Balance“ – ein Beratungs- und Orientierungsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern**
 - 34 **Integrierte Versorgung Alkohol- und Medikamentenabhängiger im Landkreis Konstanz**
 - 35 **NetzWerk psychische Gesundheit**
 - 36 **Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Medizinischen Versorgungszentrum Falkenried**
 - 37 **Optimal versorgt bei Depression: Freiburger Modell zur Integrierten Versorgung**
-

-
- 38 Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Klinikum Merzig
Integrierte Versorgung zur Optimierung der psychiatrischen Versorgung (nach § 140b SGB V)
 - 39 Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Polikum Friedenau
 - 40 Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Medical-Park München
 - 41 Therapeutische Tagesgruppe TAN.go
 - 42 Vernetzung Akutpsychosomatik und Rehapsychosomatik
 - 43 Regionales Psychatriebudget
 - 44 Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff SGB V über die intensivierte suchtttherapeutische Behandlung alkoholbelasteter Patienten
 - 45 Zusammenarbeit bei psychiatrischen Erkrankungen beim Bezirkskrankenhaus Haar
 - 46 Zusammenarbeit bei Essstörungen im Großraum München
 - 47 Integrierte Versorgung Schizophrenie
 - 48 Regionales Budgetmodell zur Integrierten Versorgung von Suchtpatienten (Alkoholabhängigkeit) in einem Flächenlandkreis (Landkreis Emsland) mit Vertragspartnern aus den Bereichen
 - 49 Medizinische und pflegerische Versorgung psychiatrischer Patienten (Hannover-West)
 - 50 Medizinische und pflegerische Versorgung psychiatrischer Patienten (LK Friesland / Ostfriesland)
 - 51 Versorgung Psychiatrischer Patienten (Region Ostebogen)
 - 52 Psychosomatische Erkrankungen Bad Gandersheim
 - 53 Psychosomatische Erkrankungen Bad Münder
 - 54 Kurzfristige Intervention bei Patienten mit der Diagnose Demenz
 - 55 Psychosomatische Behandlung Erwachsener
 - 56 Modellvorhaben zur Erprobung regionaler Budgets für die psychiatrische Versorgung: Kreis Herzogtum-Lauenburg
 - 57 Modellvorhaben zur Erprobung regionaler Budgets für die psychiatrische Versorgung: Kreis Rendsburg-Eckernförde
 - 58 Modellvorhaben zur Erprobung regionaler Budgets für die psychiatrische Versorgung: Kreis Dithmarschen
-

-
- 59 Modellvorhaben zur Erprobung regionaler Budgets für die psychiatrische Versorgung: Kreis Nordfriesland
 - 60 PsycheAktiv
 - 61 Optimierung Psychiatrische Versorgung
 - 62 Vertrag zur Integrierten Versorgung bei Demenzkranken und geistigen Leistungsstörungen
 - 63 Integrative Versorgung für einen qualifizierten ambulanten Entzug und eine ambulante Rehabilitation alkoholabhängiger Menschen "Integrative ambulante Kompakttherapie - IAK"
 - 64 Vereinbarung zur integrierten Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen
 - 65 Kanu - Gemeinsam weiterkommen
 - 66 "Kopfsache - Soforthilfe bei psychischen Störungen"
 - 67 "Schizophrenie und Depression Köln"
 - 68 BID - Bielefelder Intensivbehandlungsprogramm Depression
 - 69 IV-Angebot des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg
 - 70 Umsetzung des NWpG-Vertrags mit der Techniker Krankenkasse und der KKH-Allianz in Niedersachsen
 - 71 Einrichtung einer Adoleszentenstation am Klinikum Nürnberg
 - 72 Dresdner Modellprojekt "Psychisch Gesund Für ZWEI"
 - 73 DBT-Sucht-Flex
-

Quelle: IGES

7.2 Anhang 2: Projektsteckbriefe

Variable	Inhalt
Nr.	1
Titel	Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Netzwerk
Interventionsansatz	Case-Management
Stadt/ Bundesland	Mecklenburg-Vorpommern
Patientenzielgruppe	F20-F29: Schizophrenie + F30-F39: affektive Störung
Beteiligte Partner	Kasse: TK Mecklenburg-Vorpommern Akutkrankenhaus: Helios-Kliniken Schwerin, Universitätsklinikum Rostock Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Rehaklinik AHG Klinik Waren, Psychosomatisches Behandlungszentrum an der Müritz
Literatur	Möws V, Lägel R (2009): Projekt der Integrierten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern: "Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Netzwerk", in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 135-144.

Variable	Inhalt
Nr.	2
Titel	Demenzversorgungsprojekt im Landkreis Uckermark
Interventionsansatz	Case-Management
Stadt/ Bundesland	Uckermark/ Brandenburg
Patientenzielgruppe	F00-F03: Demenz
Beteiligte Partner	Kasse: Akutkrankenhaus: Asklepios Klinikum Uckermark Schwedt (Neurologie), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin des Krankenhauses Angermünde Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausärzte, niedergel. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie Sonstige: stat. Pflegeeinrichtungen
Literatur	Hein J, Rosenthal A, Lägel R, Weatherly JN (2009): Demenzversorgungsprojekt im Landkreis Uckermark, in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 127-134.

Variable	Inhalt
Nr.	3
Titel	Ambulante Entgiftung bei Alkoholismus - Ein Projekt der Charite Berlin
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Berlin/ Berlin
Patientenzielgruppe	F20-F29: Schizophrenie + F30-F39: affektive Störung
Beteiligte Partner	Kasse: DAK Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: kooperierende Ärzte und Therapeuten Sonstige: Tagesklinik in der Charite Berlin
Literatur	Hein J, Weatherly JN (2009): Ambulante Entgiftung bei Alkoholismus - Ein Projekt der Charite Berlin, in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 169-173. Hein J, Müller C, Heimann H, Hein A (2010): Ambulante qualifizierte Alkoholentgiftungsbehandlungen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charite Campus Mitte, in: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, Reichmann H, Roth-Sackenheim C (Hrsg.), Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 149-154.

Variable	Inhalt
Nr.	4
Titel	Integrierte Versorgung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Bad-Dürkheim/ Baden-Württemberg
Patientenzielgruppe	F00-F99
Beteiligte Partner	Kasse: DAK Baden-Württemberg Akutkrankenhaus: Luisenlinik Bad Dürkheim: Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: 18 niedergelassene Ärzte Sonstige: stat. Pflegeeinrichtungen
Literatur	Haug V, Kemmer W, Herbst S (2009): Integrierte Versorgung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen, in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 175-181.

Variable	Inhalt
Nr.	5
Titel	Assertive Community Treatment psychotischer Patienten - Das "Hamburger Modell"
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Hamburg/ Hamburg
Patientenzielgruppe	Schizophrenie, wahnhaft und psychotische Störungen, Depressionen und substanz-induzierte psychotische Störungen
Beteiligte Partner	Kasse: DAK, IKK Hamburg, HEK, AOK Rheinland/Hamburg Akutkrankenhaus: UKE Hamburg-Eppendorf Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: 14 niedergelassene Psychiater und Fachärzte für Nervenheilkunde Sonstige: Tagesklinik Psychiatrie UKE, PIA UKE
Literatur	Ohm G, Lambert M, Weatherly JN (2008): Assertive Community Treatment psychotischer Patienten, in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 183-189. Lambert et al. (2010): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen: Das Hamburger Modell, in: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, Reichmann H, Roth-Sackenheim C (Hrsg.), Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 113-139. Lambert M, Bock T, Schöttle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, Busopulos A, Frieling M, Schödlbauer M, Burlon M, Huber CG, Ohm G, Pakrasi M, Chirazi-Stark MS, Naber D, Schimmelmann BG (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, 71(10):1313-1323. Karow A, Reimer J, König HH, Heider D, Bock T, Huber C, Schöttle D, Meister K, Rietschel L, Ohm G, Schulz H, Naber D, Schimmelmann BG, Lambert M, (in press). Cost-effectiveness of 12-month-therapeutic Assertive Community Treatment as part of Integrated Care vs. Standard Care in patients with schizophrenia treated with Quetiapine IR (ACCESS Trial). Journal of Clinical Psychiatry, in press.

Variable	Inhalt
Nr.	6
Titel	Psychiatrisches Regionalbudget Kreis Steinburg
Interventionsansatz	Sektorübergreifende Ansätze mit Budgetverantwortung
Stadt/ Bundesland	Kreis Steinburg, Kreisstadt Itzehoe/ Schleswig-Holstein
Patientenzielgruppe	Alle Patienten mit F-Diagnosen: alle Patienten, die dem Versorgungsauftrag der Trägerklinik, Klinikum Itzehoe, zuzuordnen sind. Abhängigkeitserkrankungen von illegalen Drogen gehören nicht zum Versorgungsauftrag der Klinik.
Beteiligte Partner	<p>Kasse: alle beteiligten Krankenkassen und KK-Verbände (OAK, vdek, BKK, IKK, LKK), AOK Nordwest</p> <p>Akutkrankenhaus: Klinikum Itzehoe: Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik</p> <p>Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: geplant</p> <p>Sonstige: Psychiatrische Tageskliniken des Klinikums Itzehoe, PIA des Klinikums Itzehoe, PIA des Psychiatrischen Zentrums Glückstadt</p>
Literatur	<p>Deister A, Weatherly JN (2009): Psychiatrisches Regionalbudget Kreis Steinburg, in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 191-197.</p> <p>König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, Hierholzer C, Angermeyer MC, Roick C (2010): Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit, Psychiatrische Praxis, 37: 34-42.</p> <p>König HH (2010): Begleitforschung der Erprobung eines regionalen Budgets für die psychiatrische Versorgung - Ergebnisse der Evaluation der Effektivität der Versorgung, Arbeitspapier.</p> <p>Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ (2010): Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget - Ergebnisse eines Modellprojekts in Schleswig-Holstein, Psychiatrische Praxis, 37: 335-342.</p> <p>Deister A, Heinze M, Kieser C, Wilms, B (2011): Regionale Verantwortung als Basis für ein zukunftsfähiges Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie, Arbeitspapier.</p>

Variable	Inhalt
Nr.	7
Titel	Integrierte Versorgung von Essstörungen
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Schwäbisch Gmünd, Aalen (Ostalbkreis)/ Baden-Württemberg
Patientenzielgruppe	F50
Beteiligte Partner	<p>Kasse: AOK Baden-Württemberg</p> <p>Vertragspartner: Netzwerk Essstörungen im Ostalbkreis e. V. (NEO)</p> <p>Teilnehmer/innen im Netzwerk:</p> <p>Psychosoziale Beratungsstellen der Caritas in Aalen und Schwäbisch Gmünd</p> <p>Niedergelassene Hausärzte</p> <p>Niedergelassene Nervenärzte</p> <p>Ambulant tätige ärztl. oder psychol. Psychotherapeuten</p> <p>Klinik und Tagesklinik für Psychosomatik, Klinikum Aalen</p> <p>Kinderklinik, Klinikum Aalen</p> <p>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ellwangen</p> <p>Psychiatrische Tageskliniken in Aalen und Schwäbisch Gmünd</p> <p>Suchtbeauftragter des Ostalb-Kreises</p>
Literatur	<p>von Wachter M, Brickwedde U, Hendrichke A (2008): Die integrierte Versorgung von Essstörungen – ein innovatives Versorgungsprojekt des Netzwerkes Essstörungen im Ostalbkreis/Württ. NEO und der AOK Baden-Württemberg. <i>Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin</i>, 3 1: 33-40</p> <p>Bühler J, von Wachter M, Herbst S (2009): Netzwerk Essstörungen im Ostalbkreis (NEO), in Weatherly JN, Lägele R (Hrsg.), <i>Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik</i>, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 199-204.</p> <p>Abel C, Köhler-Rönnberg H, Schweitzer J (2011): Erfolgsbedingungen berufsgruppen- und institutionsübergreifender Kooperation in der psychosozialen Medizin aus Sicht der Akteure: Das "Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis (NEO)", 2: 88-93..</p>

Variable	Inhalt
Nr.	8
Titel	Das Modulsystem "Kompass" zur Unterstützung einer qualitätsorientierten Behandlung der Schizophrenie
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Nordrhein/ Nordrhein-Westfalen
Patientenzielgruppe	F20: Schizophrenie
Beteiligte Partner	Kasse: KV Nordrhein, AOK Rheinland Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Janssen-Cilag-GmbH
Literatur	Reichwaldt W, Peters S (2009): Das Modulsystem "Kompass" zur Unterstützung einer qualitätsorientierten Behandlung der Schizophrenie, in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 205-212.

Variable	Inhalt
Nr.	9
Titel	Tagesklinisches und Ambulantes Therapeutisches Zentrum (TATZ) am Universitätsklinikum Giessen und Marburg
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Gießen/ Hessen
Patientenzielgruppe	Depressive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, schwere Trauer- oder Trennungssituationen, Folgen von Missbrauch- oder Gewalterfahrungen, Somatoforme Störungen, Psychosen, andere psychische Störungen und Krisen, chronische psychische Krankheiten
Beteiligte Partner	Kasse: Akutkrankenhaus: Psychiatrische Universitätsklinik in Gießen Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Fachärzte Sonstige: Tagesklinik, Nachklinik, Institutsambulanz
Literatur	Franz M, Hanwald B, Kropp U, Gallhofer B (2009): Das "Integrierte Therapeutische Zentrum (ITZ)" - Entwicklung und Ausblick, in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 223-229.

Variable	Inhalt
Nr.	10
Titel	Integrierte Versorgung nach § 140s ff SGB V über die ambulante Versorgung von Patienten mit psychiatrische Erkrankungen (Rückzugshäuser)
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Bremen/ Bremen
Ansprechpartner	Janina Ebberfeld
Patientenzielgruppe	F06, F07, F09, F10 bis F19, F20-F29, F30-F39, F40-F48, F60-F63, F68, F69
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Bremen/Bremerhaven Akutkrankenhaus: Klinikum Bremen-Nord Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: 3 niedergelassene Nervenärzte Sonstige: Krisenhaus; "Rückzugshaus" der Gesellschaft für ambulante und psychiatrische Dienste (GAPSY)
Literatur	Faulbaum-Decke W, Weatherly JN (2009): Das Projekt "GAPSY" - Rückzugsräume, in Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 231-235.

Variable	Inhalt
Nr.	11
Titel	Case Management für chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchterkrankte
Interventionsansatz	Case-Management
Stadt/ Bundesland	Bonn/ Nordrhein-Westfalen
Patientenzielgruppe	F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Rheinland, IKK Nordrhein, BKK-Landesverband, BARMER, TK, DAK und Landschaftsverband Rheinland Akutkrankenhaus: Vorprojekt: Rheinische Klinik Bonn mit AOK Rheinland Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: niedergelassene Ärzte Sonstige: Institutsambulanz für Abhängigkeitserkrankungen der Rheinischen Kliniken Bonn
Literatur	Banger M, Weatherly JN (2009): Case Management für chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchterkrankte, Weatherly JN, Lägel, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 247-251. Banger M, Paternoga D, Hotz P (2007): Der Casemanagementansatz bei chronisch Alkoholabhängigen als Einstieg in die Integrierte Versorgung nach §§ 140 ff SGB V. Suchttherapie 8(4): 164-169.

Variable	Inhalt
Nr.	12
Titel	Zusammenarbeit im Rahmen einer integrierten Versorgung für gerontopsychiatrische Erkrankungen
Interventionsansatz	Case-Management
Stadt/ Bundesland	Kaufbeuren, Mindelheim, Landkreis Ostallgäu und Unterallgäu/ Bayern
Ansprechpartner	Dirr Wolfgang
Patientenzielgruppe	Patienten (ab 55 Jahre) mit demenziellen Störungen (F00 bis F09), Patienten (ab 55 Jahre) mit affektiven Störungen (F30 bis F39), Patienten mit sonstigen gerontopsychiatrischen Störungen
Beteiligte Partner	Kasse: LKK, DAK, BEK, BARMER Akutkrankenhaus: Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: niedergelassene Ärzte in Kaufbeuren/Ostallgäu sowie Mindelheim/Unterallgäu, niedergelassene Fachärzte (Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten) in Kaufbeuren/OAL Sonstige: Gerontopsychiatrische Institutsambulanz am BKH Kaufbeuren, Blaue Blume Schwaben gGmbH
Literatur	Kronthaler S, Herbst S (2009): Zusammenarbeit im Rahmen einer integrierten Versorgung für gerontopsychiatrische Erkrankungen, in Weatherly JN, Lägell, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 253-259.

Variable	Inhalt
Nr.	13
Titel	Chancen auf neue Versorgungsformen für Menschen mit psychischen Erkrankungen - TK-Netzwerke in NRW
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Nordrhein-Westfalen
Patientenzielgruppe	
Beteiligte Partner	Kasse: TK Akutkrankenhaus: KH Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: niedergelassene Psychiater und Hausärzte Sonstige: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) und Landschaftsverband Rheinland (LVR)
Literatur	Schulte-Florian G, Medenbach J (2009): Chancen auf neue Versorgungsformen für Menschen mit psychischen Erkrankungen - TK-Netzwerke in NRW, in Weatherly JN, Lägell, R (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH und Co.KG, Berlin, S. 261-265.

Variable	Inhalt
Nr.	14
Titel	Integrierte Versorgung für Depression. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen"
Interventionsansatz	Case-Management
Stadt/ Bundesland	Aachen/ Nordrhein-Westfalen
Patientenzielgruppe	Depressionen F32, F33 und/oder F34.1; Planung: Erweiterung auf Demenz und Sucht
Beteiligte Partner	Kasse: AOK, DAK, KKH Allianz, LKK-NRW Akutkrankenhaus: Universitätsklinikum Aachen (UKA), Alexianer KH Aachen, KH Maria Hilf in Gangelt Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: 57 Ärzte, Fachärzte Sonstige: Pflegedienste, PIA, psychosoziale Beratungsstellen, Tagesstätten, psychosoziale Zentren, Selbsthilfeeinrichtungen, Sozialtherapeuten
Literatur	Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S (2010): Integrierte Versorgung für Depression. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen", in: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, Reichmann H, Roth-Sackenheim C (Hrsg.), Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S.85-100.

Variable	Inhalt
Nr.	15
Titel	OVP - Optimierte Versorgung psychisch Kranker in der Region Rüdersdorf auf Basis eines zukünftigen Entgeltsystems nach § 17d KHG
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Rüdersdorf/ Brandenburg
Patientenzielgruppe	alle psychiatrischen Diagnosen (F0-F7)
Beteiligte Partner	Kasse: TK Akutkrankenhaus: Immanuel Klinik Rüdersdorf Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: PIA in Rüdersdorf, Strausberg und Fürstenwalde, zwei Tageskliniken
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	16
Titel	Psychische Erkrankungen
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Bad-Dür rheim/ Baden-Württemberg
Patientenzielgruppe	psychische Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen
Beteiligte Partner	Kasse: Salus BKK Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige:
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	17
Titel	Depressive Störungen
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Baden-Württemberg
Patientenzielgruppe	affektive Störungen, Depression
Beteiligte Partner	Kasse: Salus BKK Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausärzte Sonstige: Berufsverband deutscher Nervenärzte
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	18
Titel	Psychosomatische Versorgung
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Hinterzarten/ Baden-Württemberg
Patientenzielgruppe	psychosomatische und psychosoziale Erkrankungen bei Erwachsenen
Beteiligte Partner	Kasse: Salus BKK Akutkrankenhaus: Klinik in der Zarten Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige:
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	19
Titel	SeGel - Seelische Gesundheit leben
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Bremen, Berlin, Schleswig-Holstein / Hamburg, Südniedersachsen / Nordhessen, München / Augsburg / Nürnberg, NRW, Südhessen, Dresden, Rhein-Main-Gebiet, Stuttgart
Patientenzielgruppe	chronifizierte psychisch Kranke, Schwerpunkt affektive Störungen und Schizophrenie
Beteiligte Partner	<p>Kasse: GWQ ServicePlus AG im Auftrag verschiedener Krankenkassen (u.a. Salus BKK, Daimler BKK, BKK firmus)</p> <p>Akutkrankenhaus: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhäuser mit psychiatrischer Fachabteilung</p> <p>Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Fachärzte (Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie), Hausärzte</p> <p>Sonstige: Gesellschaft für ambulante und psychiatrische Dienste (GAPSY), MVZ-Pinel gGmbH, abitato gGmbH, AGEMA GmbH, AWOLYSIS GmbH, GpG NRW, Caritasverband Darmstadt e.V. Med. therapeutisches Versorgungszentrum Dresden gGmbH, LEBENSRÄUME Rehabilitationsgesellschaft mbH, Rudolf-Sophien-Stift gGmbH, Krisen- bzw. Rückzugshäuser, Pflegedienste, PIA</p>
Literatur	Thormählen, J. / Gröbner, M. / Kühn, S. / Thiede, H. Qualität und Wirtschaftlichkeit steigern durch kooperatives Versorgungsmanagement, "SeGel - Versorgungsprogramm Seelische Gesundheit leben." in: Amelung, V. E. / Eble, S. / Hildebrandt, H. (Hrsg.), Innovatives Versorgungsmanagement - Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2011.

Variable	Inhalt
Nr.	20
Titel	Sektorübergreifende Verbesserung der psychischen und psychotherapeutischen Versorgung
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Berlin, Brandenburg
Patientenzielgruppe	Schizophrenie; Depression; manisch, bipolare, psychosomatische, gerontopsychiatrische Störung; Suchterkrankung; Demenz
Beteiligte Partner	Kasse: Salus BKK Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Zusammenarbeit von Nervenärzten und Psychotherapeuten Sonstige: Einbezug Angehörige
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	21
Titel	Ambulante geriatrische Komplexbehandlung
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Schönebeck/ Sachsen-Anhalt
Patientenzielgruppe	Depression, Schizophrenie
Beteiligte Partner	Kasse: Salus BKK Akutkrankenhaus: Krankenhäuser Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: niedergelassene Ärzte Sonstige: Pflegedienste, Sanitätshäuser, Heilmittelerbringer, Sozialstationen, Selbsthilfegruppen
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	22
Titel	Ambulante Behandlung Abhängigkeitskranker
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Saarlouis/ Saarland
Patientenzielgruppe	Abhängigkeitskranke mit substanzbedingten Störungen von Alkohol, Medikamenten und Drogen.
Beteiligte Partner	Kasse: Salus BKK, AOK Saarland Akutkrankenhaus: psychiatrische Fachklinik, Allgemeinkrankenhaus; Kooperationsvereinbarung mit den Kliniken Daun (Thommener Hohe) im Rahmen des ST-A-R-S-Programmes Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausärzte, Vertragsärzte Sonstige: Ianua G.P.S. mbH, Betriebssozialdienste, werksärztliche Dienste, psychosozialer Dienst des Gesundheitsamtes
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	23
Titel	Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (APAH)
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Frankfurt/ Hessen
Patientenzielgruppe	Mit Ausnahme von primären Suchterkrankungen alle F-Diagnosen
Beteiligte Partner	Kasse: Alle gesetzlichen Krankenkassen Akutkrankenhaus: psychiatrische Universitätsklinik, Psychiatrische Klinik der städt. Kliniken Frankfurt Höchst, Klinik Hohe Mark, psychiatrische Abteilung Markus-Krankenhaus Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausärzte, niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie Sonstige: Pflegedienste, sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes, Familienberatungsstellen, Träger des betreuten Wohnens (als Zuweiser)
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	24
Titel	Vertrag zur integrierten Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Bremen, Niedersachsen
Patientenzielgruppe	F0 Dementielle Syndrome, F2 Schizophrene Störungen, F3 Affektive Störungen, F4 Angststörungen, F60.3 emotional instabile Persönlichkeitsstörung
Beteiligte Partner	Kasse: BKK VAG, BKK Landesverband Mitte, Salus BKK Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Fachärzte Sonstige: Pflegedienste
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	25
Titel	Integrierte Versorgung zur Behandlung von arbeitsunfähigen Versicherten mit ausgewählten psychischen Erkrankungen
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Lübeck/ Schleswig-Holstein
Ansprechpartner	Dr. Ingo Böhle
Patientenzielgruppe	F3/ F4
Beteiligte Partner	Kasse: BKK vor Ort Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Fachärzte, Psychotherapeuten Sonstige: DIE BRÜCKE (Gemeinnützig therapeutische Einrichtung GmbH), Ergotherapeuten, Soziotherapeuten, Gesundheits- und Krankenpfleger, Krisenhaus
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	26
Titel	Behandlung schizophrener und affektiver Erkrankungen: Das Münchener Modell
Interventionsansatz	Case Management
Stadt/ Bundesland	München, Bayern
Patientenzielgruppe	F2, F3
Beteiligte Partner	Kasse: BKK LV Bayern, BKK Kassana Akutkrankenhaus: Klinikum Rechts der Isar (Zentrum für Disease Management) Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Verein Münchner Nervenärzte und Psychiater e.V
Literatur	Kissling W, Vogel C. (2007). Integrierte Versorgung - Eine Zwischenbilanz. Neuro-Transmitter, Sonderheft 2.2007, S. 11-19. Kissling W (2008): Das Münchener Modell - Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme, Psychoneuro, 34(9): 410-415.

Variable	Inhalt
Nr.	27
Titel	Optimierte Versorgung in der Psychiatrie auf der Grundlage eines neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Hanau/ Hessen
Ansprechpartner	Dr. Thomas Schillen
Patientenzielgruppe	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (F0-F9)
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Hessen, TK Akutkrankenhaus: Klinikum Hanau, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie: Fachabteilung für Erwachsenenpsychiatrie. Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: PIA, Tagesklinik, MVZ Hanau, Beratungsstelle Tagesstätten Betreutes Wohnen
Literatur	Lehmann G, Reddig V, Mendel M, Thiex-Kreye M, Schillen T, Fischer S (2011): Die finanziellen Anreize werden sich ändern, f&w, 4/2011, S. 389-392. Lohstroh E, Lehmann G, Ernst R (2010): Die finanziellen Anreize müssen sich ändern, f&w, 4/2010, 27, S. 54-58.

Variable	Inhalt
Nr.	28
Titel	Modellprojekt multiprofessionelle Behandlungseinheit (MBE)
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Bremen
Ansprechpartner	
Patientenzielgruppe	Indikationen analog den geltenden Indikationen für Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Bremen/Bremerhaven, hkk Bremen Akutkrankenhaus: Nervenärzte psychiatrischer Kliniken Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: niedergelassene Nervenärzte Sonstige: Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH (GAPSY), Nervenärzte psychiatrischer Institutsambulanzen
Literatur	
Variable	Inhalt
Nr.	29
Titel	Pilotprojekt Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen an der psychiatrischen Universitätsklinik der Charite im St. Hedwig Krankenhaus
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Berlin
Patientenzielgruppe	schizophrene, schizoaffektive Erkrankungen
Beteiligte Partner	Kasse: Akutkrankenhaus: PUK Charite im St. Hedwig Krankenhaus Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: St. Alexius Pflegedienst (ambulante psychiatrische Pflege), MVZ am St. Hedwig Krankenhaus, multiprofessionelle Teams aus: Ärzten, psychologische Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, ärztlichen Psychotherapeuten
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	30
Titel	Vertrag zur Versorgung von Versicherten in akuten psychischen Krisensituationen, besonders mit präsuizidalem Hintergrund nach Suizidversuch
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Halle, Sachsen-Anhalt
Patientenzielgruppe	F (32.1, 32.2, 41, 43.1, 43.2, 61)
Beteiligte Partner	Kasse: Akutkrankenhaus: KH Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: niedergelassener Facharzt Sonstige: Beratungsgespräche in der Kontaktstelle
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	31
Titel	Versorgung psychisch erkrankter Menschen in der AHG Klinik Berus
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Saarland
Patientenzielgruppe	psychische Erkrankungen
Beteiligte Partner	Kasse: HEK Akutkrankenhaus: AHG Klinik Berus Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige:
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	32
Titel	Vertrag zur integrierten Versorgung über die Erbringung und Vergütung von ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen am Krankenhaus für den Behandlungsbereich der kinder- und jugendpsychiatrischen, psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen
Interventionsansatz	Case Management
Stadt/ Bundesland	Heidelberg, Baden-Württemberg
Ansprechpartner	Dr. Frauke Ehlers
Patientenzielgruppe	psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen
Beteiligte Partner	Kasse: Barmer GEK Akutkrankenhaus: Universitätsklinikum Heidelberg: Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: PIA
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	33
Titel	„Balance“ – ein Beratungs- und Orientierungsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Heidelberg/ Baden-Württemberg
Patientenzielgruppe	
Beteiligte Partner	Kasse: Salus BKK, Daimler BKK, BKK firmus Akutkrankenhaus: Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg: Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Jugendämter, sozialpsychiatrische Einrichtungen, Familienhelfer, Erziehungsberatungsstellen, Familiengericht
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	34
Titel	Integrierte Versorgung Alkohol- und Medikamentenabhängiger im Landkreis Konstanz
Interventionsansatz	Case Management
Stadt/ Bundesland	Konstanz, Baden-Württemberg
Patientenzielgruppe	F10 ff: Alkohol- und Medikamentenabhängige in einem frühen Stadium der Sucht
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Baden-Württemberg, DAK, BKK, IKK Baden-Württemberg, Barmer GEK Akutkrankenhaus: Zentrum für Psychiatrie Reichenau: Akademisches Lehrkrankenhaus Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausärzte, niedergelassenen Fachärzte Sonstige: psychosoziale Beratungsstellen (Suchtberatung)
Literatur	
Variable	Inhalt
Nr.	35 (identisch mit Nr. 70)
Titel	NetzWerk psychische Gesundheit
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	mehrere Bundesländer und Städte
Ansprechpartner	
Patientenzielgruppe	Menschen mit allen psychiatrischen Diagnosen mit Ausnahme von Sucht (ohne psychische Begleitsymptome), hirnorganischen Störungen, Intelligenzminderung oder Entwicklungsstörungen. TK: F10.5 bis F94
Beteiligte Partner	Kasse: TK (seit 2008), BKK LV, AOK Bremen/Bremerhaven (ab 01.2012), KKH Allianz Akutkrankenhaus: soweit erforderlich - Krankenhäuser, TK: Universitätsklinikum Eppendorf, Charite Berlin, Asklepios Klinikum Nord Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: HausärztInnen, NervenärztInnen, FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychologische PsychotherapeutInnen Sonstige: Verschiedene Dienstleister, je nach Standort
Literatur	Ruprecht TM, Klüsener J (2010): "Managed Care" in der Psychiatrie?, G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, 4/2010, S. 40-48.

Variable	Inhalt
Nr.	36
Titel	Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Medizinischen Versorgungszentrum Falkenried
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Hamburg
Patientenzielgruppe	Depressionen, Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen, Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Beteiligte Partner	Kasse: HEK Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Medizinisches Versorgungszentrum Falkenried
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	37
Titel	Optimal versorgt bei Depression Freiburger Modell zur Integrierten Versorgung
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Freiburg/ Baden-Württemberg
Patientenzielgruppe	Depressive Erkrankung (ICD10: F31 – F39)
Beteiligte Partner	Kasse: DAK Akutkrankenhaus: UNIVERSITAETSKLINIKUM FREIBURG: Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, Hausärzte Sonstige: Jugendämter, sozialpsychiatrische Einrichtungen, Familienhelfer, Erziehungsberatungsstellen, Familiengericht
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	38
Titel	Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Klinikum Merzig: Integrierte Versorgung zur Optimierung der psychiatrischen Versorgung (nach § 140b SGB V)
Interventionsansatz	Case Management
Stadt/ Bundesland	Kreis Merzig-Wadern, Saarland
Patientenzielgruppe	1. Alkoholabhängige oder von Alkoholabhängigkeit bedrohte Patienten (ICD F10.0, 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6) 2. Depressive Störungen (F31.0, 31.1, 31.2, 31.3, 31.4, 31.5, 31.6, 31.8 – F32.1, 32.2, 32.3 – F33.0, 33.1, 33.2, 33.3)
Beteiligte Partner	Kasse: HEK, BARMER GEK, DAK, TK, KKH-Allianz, AOK des Saarlandes, hkk Akutkrankenhaus: Klinikum Merzig: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie SHG Klinikum Merzig Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: ca. 50 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, niedergelassene Haus- und Fachärzte Sonstige: multiprofessionelles Beratungsteam (aus Psychiaterin, Psychotherapeut und Sozialarbeiterin mit Sitz am Klinikum), MVZ, Erziehungsberatungsstelle, Suchtberatungsstelle, Gesundheitsamt, ARGE, Sozialministerium: Ergänzungsvertrag für Eingliederungshilfen, Psychologische Psychotherapeuten, psychosoziale Einrichtungen und Dienste, sowie Angehörigen- und Selbsthilfegruppen
Literatur	
Variable	Inhalt
Nr.	39
Titel	Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Polikum Friedenau
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Berlin
Patientenzielgruppe	Depressionen, Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen, Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Beteiligte Partner	Kasse: HEK, Barmer GEK, AOK Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: MVZ Polikum
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	40
Titel	Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Medical-Park München
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	München/ Bayern
Patientenzielgruppe	Depressionen
Beteiligte Partner	Kasse: HEK Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: medizinisch psychosomatisches Versorgungszentrum München
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	41
Titel	Therapeutische Tagesgruppe TAN.go
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Berlin
Patientenzielgruppe	Diagnose des Kindes: F43, F90, F91, F92, F93, F94 (nach ICD10), Alter 4-8 Jahre, psychisch belastete Familie, die gleichzeitig Bedarf an Erziehungs- oder Eingliederungshilfe hat.
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Nordost Akutkrankenhaus: Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge gGmbH (KEH) Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Tagesklinik der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des KEH, PIA
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	42
Titel	Vernetzung Akutpsychosomatik und Rehapsychosomatik
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Bad Dürkheim, Rheinland-Pfalz
Patientenzielgruppe	psychosomatisch erkrankte Patienten mit dem Schwerpunkt körperlicher Komorbidität
Beteiligte Partner	<p>Kasse:</p> <p>Akutkrankenhaus: Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim, Krankenhaus der Grundversorgung, akutpsychosomatische Station in eine internistische Abteilung integriert</p> <p>Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Fachärzte, Allgemeinärzte, psych. und ärztl. Psychotherapeuten</p> <p>Sonstige: Rehaklinik: AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim</p>
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	43
Titel	Regionales Psychiatriebudget Vorlage: Projekt (Nr. 6) Kreis Steinburg
Interventionsansatz	Sektorübergreifende Ansätze mit Budgetverantwortung
Stadt/ Bundesland	Nordhausen/ Thüringen
Patientenzielgruppe	komplettes Spektrum des Kapitel V, ICD-10-GM (F00 – F99)
Beteiligte Partner	<p>Kasse: AOK Plus, Vertreter der Ersatzkassen, IKK Classic, Thüringer Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen und die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG</p> <p>Akutkrankenhaus: Südharz Krankenhaus Nordhausen gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Südharz Krankenhaus Nordhausen gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik</p> <p>Hausärzte/ niedergel. Fachärzte:</p> <p>Sonstige: PIA</p>
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	44
Titel	Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff SGB V über die intensiviertere suchttherapeutische Behandlung alkoholbelasteter Patienten
Interventionsansatz	Case Management
Stadt/ Bundesland	Rostock, Mecklenburg-Vorpommern
Ansprechpartner	Beatrice Geerds
Patientenzielgruppe	Alkoholabhängigkeit und -missbrauch ICD 10: F 10.0 – F 10.9
Beteiligte Partner	Kasse: IKK Nord Akutkrankenhaus: Helios Kliniken Schwerin Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Vertragsärzte, Schwerpunktpraxen Sucht in Rostock, Wismar, Schwerin, Parchim; weitere niedergelassene Ärzte Sonstige: Medizinische stat. Reha für Abhängigkeitserkrankungen: AHG Klinik Schweriner See in Lübstorf, Friedrich Petersen Klinik in Rostock, Med. ambulante oder teilstationäre Reha : AHG Poliklinik Schelfstadt in Schwerin, Rehaklinik: Friedrich Petersen Klinik, HRO
Literatur	Geerds B, Sindermann D, Grotheloh K, Heinz J (o.J.): Integrierte Versorgung Sucht - Neue Versorgungsform innerhalb der GKV, unveröffentlichtes Papier der IKK Nord (Rostock).

Variable	Inhalt
Nr.	45
Titel	Zusammenarbeit bei psychiatrischen Erkrankungen beim Bezirkskrankenhaus Haar
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Haar/ Bayern
Patientenzielgruppe	Versicherte mit Erkrankungen durch Alkohol und Drogen
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Bayern Akutkrankenhaus: Bezirkskrankenhaus Haar Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Neurologen, Psychiater und Nervenärzte in München Sonstige: MPI Max-Planck-Institut München
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	46
Titel	Zusammenarbeit bei Essstörungen im Großraum München
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	München/ Bayern
Patientenzielgruppe	Versicherte mit psychischen Erkrankungen
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Bayern Akutkrankenhaus: Psychosomatische Kliniken in Bayern mit Schwerpunkt der Essstörungen, Klinik Roseneck u.a. Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Zwei Hausärzte in München Sonstige:
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	47
Titel	Integrierte Versorgung Schizophrenie
Interventionsansatz	Ansätze mit Budgetverantwortung
Stadt/ Bundesland	Emden, Wilhelmshaven, Oldenburg, Delmenhorst, Wolfsburg Landkreise: Aurich, Leer, Wittmund, Friesland, Wesermarsch, Ammerland, Oldenburg, Hameln-Pyrmont, Holzminden, Hildesheim, Peine, Helmstedt, Wolfsburg, Gifhorn, Soltau-Fallingb., Harburg, Lüneburg, Uelzen, Lüchow-Dannenberg sowie Teile des Landkreises Diepholz (Stadt Bassum, Samtgemeinde Bruchhausen-Vilsen, Gemeinde Stuhr, Stadt Syke und Gemeinde Weyhe)/ Niedersachsen
Ansprechpartner	Nina Poweleit
Patientenzielgruppe	Schizophrenie
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Niedersachsen Managementgesellschaft: (I3G) Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen GmbH Sonstige: psychiatrische Pflegedienste, PIA, Soziotherapeuten, Ergotherapeuten, Anbieter von Rückzugsräumen
	Care4S GmbH als Gesellschaft zur Unterstützung der operativen Umsetzung
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	48
Titel	Regionales Budgetmodell zur Integrierten Versorgung von Suchtpatienten (Alkoholabhängigkeit) in einem Flächenlandkreis (Landkreis Emsland) mit Vertragspartnern aus den Bereichen
Interventionsansatz	Sektorübergreifende Ansätze mit Budgetverantwortung
Stadt/ Bundesland	Landkreis Emsland/ Niedersachsen
Patientenzielgruppe	
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Niedersachsen Akutkrankenhaus: Krankenhaus (mit Abt. Psych.), Fachambulanz Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: ambulante Suchtberatung, Fachklinik (amb. und stat. Entwöhnungsbehandlung)
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	49
Titel	Medizinische und pflegerische Versorgung psychiatrischer Patienten (Hannover-West)
Interventionsansatz	Case Management
Stadt/ Bundesland	Hannover/ Niedersachsen
Patientenzielgruppe	Versicherte über 50 Jahre/ Diagnose ICD10 F00 – F99
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Niedersachsen Akutkrankenhaus: KH Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: niedergelassene Psychiater/Neurologen; psychiatrische Pflegedienste Sonstige: Hauskrankenpflege (HKP), Ambulantes Geriatisches Zentrum in Hannover
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	50
Titel	Medizinische und pflegerische Versorgung psychiatrischer Patienten (LK Friesland/ Ostfriesland)
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Stadt Wilhelmshaven, Landkreis Friesland, Ostfriesland/ Niedersachsen
Patientenzielgruppe	Psychiatrisch erkrankte Patienten (Ausnahme F20)
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Niedersachsen Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: niedergelassene Psychiater/Neurologen Sonstige: HKP, psychiatrische Pflegedienste, Ergotherapeuten
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	51
Titel	Versorgung Psychiatrischer Patienten (Region Ostebogen)
Interventionsansatz	Sektorübergreifende Ansätze mit Budgetverantwortung
Stadt/ Bundesland	Samtgemeinde Hemmoor/ Niedersachsen
Patientenzielgruppe	Psychiatrisch Erkrankte Patienten (ICD10: F 00-F 99)
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Niedersachsen Akutkrankenhaus: Psychiatrische Fachklinik im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatik und Psychotherapie, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst, Soziotherapeuten, Ergotherapeuten, Rückzugsraum, Logopädie, Hausärzte im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung Sonstige: Pflegedienste, durch die teilnehme Arztpraxis geleitete Managementgesellschaft
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	52
Titel	Psychosomatische Erkrankungen Bad Gandersheim
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Salzgitter, Stadt u. LK Göttingen, Stadt u. LK Wolfenbüttel, Stadt u. LK Hildesheim, Landkreise Northeim, Goslar, Holzminden, Osterode am Harz, Stadt u. LK Peine und Stadt Braunschweig/ Niedersachsen
Patientenzielgruppe	Versicherte der AOK Niedersachsen mit psychosomatischen Erkrankungen
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Niedersachsen Akutkrankenhaus: Psychosomatische Fachklinik Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausärzte, niedergelassene Fachärzte Sonstige: psychosoziale Beratungsstellen (Suchtberatung)
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	53
Titel	Psychosomatische Erkrankungen Bad Münder
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Landkreise Hameln-Pyrmont und Schaumburg/ Niedersachsen
Patientenzielgruppe	Versicherte der AOK Niedersachsen mit psychosomatischen Erkrankungen
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Niedersachsen Akutkrankenhaus: Psychosomatische Fachklinik Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Fachärzte/Psychotherapeuten Sonstige:
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	54
Titel	Kurzfristige Intervention bei Patienten mit der Diagnose Demenz
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Rheinland, Hamburg/ Nordrhein-Westfalen, Hamburg
Patientenzielgruppe	Versicherte mit Demenz
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Rheinland Hamburg Akutkrankenhaus: Krankenhaus Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausärzte; Fachärzte Sonstige: Stationäre Pflegeeinrichtungen
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	55
Titel	Psychosomatische Behandlung Erwachsener
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Berlin, Brandenburg
Patientenzielgruppe	Alter zwischen 18 – 60 Jahren, insbesondere hirnorganische Veränderungen
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Nordost Akutkrankenhaus: Krankenhaus Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Jugendämter, sozialpsychiatrische Einrichtungen, Familienhelfer, Erziehungsberatungsstellen, Familiengericht
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	56
Titel	Modellvorhaben zur Erprobung regionaler Budgets für die psychiatrische Versorgung, Vorlage: Projekt (Nr. 6) Kreis Steinburg Kreis Herzogtum-Lauenburg
Interventionsansatz	Sektorübergreifende Ansätze mit Budgetverantwortung
Stadt/ Bundesland	Kreis Herzogtum-Lauenburg/ Schleswig-Holstein
Patientenzielgruppe	Menschen, die wegen Art, Dauer oder Schwere der Erkrankung nicht in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden können.
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Nordwest, Alle Kassen(verbände) Akutkrankenhaus: Johanniter Krankenhaus Geesthacht Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Psychiatrische Tageskliniken des Joh.KH Geesthacht, PIA des Johanniter-KH Geesthacht, Hometreatment Team des Joh. KH Geesthacht
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	57
Titel	Modellvorhaben zur Erprobung regionaler Budgets für die psychiatrische Versorgung, Vorlage: Projekt (Nr. 6) Kreis Steinburg Kreis Rendsburg-Eckernförde
Interventionsansatz	Sektorübergreifende Ansätze mit Budgetverantwortung
Stadt/ Bundesland	Kreis Rendsburg-Eckernförde/ Schleswig-Holstein
Patientenzielgruppe	Menschen, die wegen Art, Dauer oder Schwere der Erkrankung nicht in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden können. Abhängigkeitserkrankungen von illegalen Drogen gehören nicht zum Versorgungsauftrag der Klinik.
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Nordwest, Alle Kassen(verbände) Akutkrankenhaus: imland Klinik Rendsburg Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Psychiatrische Tageskliniken der imland Kliniken Rendsburg und Eckernförde, PIA der imland GmbH
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	58
Titel	Modellvorhaben zur Erprobung regionaler Budgets für die psychiatrische Versorgung, Vorlage: Projekt (Nr. 6) Kreis Steinburg Kreis Dithmarschen
Interventionsansatz	Sektorübergreifende Ansätze mit Budgetverantwortung
Stadt/ Bundesland	Kreis Dithmarschen/ Schleswig-Holstein
Patientenzielgruppe	Menschen, die wegen Art, Dauer oder Schwere der Erkrankung nicht in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden können.
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Nordwest, Alle Kassen(verbände) Akutkrankenhaus: Psychiatrische Fachabteilung des WKK Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Psychiatrische Tageskliniken der Brücke SH, PIA des WKK
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	59
Titel	Modellvorhaben zur Erprobung regionaler Budgets für die psychiatrische Versorgung, Vorlage: Projekt (Nr. 6) Kreis Steinburg Kreis Nordfriesland
Interventionsansatz	Sektorübergreifende Ansätze mit Budgetverantwortung
Stadt/ Bundesland	Kreis Nordfriesland/ Schleswig-Holstein
Patientenzielgruppe	Menschen, die wegen Art, Dauer oder Schwere der Erkrankung nicht in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden können. Patienten mit illegalen Abhängigkeitserkrankungen werden gesondert bewertet
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Nordwest Alle Kassen(verbände) Akutkrankenhaus: Fachkliniken Nordfriesland Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Psychiatrische Tageskliniken der Fachkliniken Nordfriesland, PIA der Fachkliniken Nordfriesland
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	60
Titel	PsycheAktiv
Interventionsansatz	Case Management
Stadt/ Bundesland	Sachsen
Patientenzielgruppe	Versicherte ab 18. Jahren mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen, insbes. mit den Krankheitsbildern Schizophrenie, Depressionen, affektive Störungen alle F-Diagnosen, insbesondere F20, F31.3-5, F32, F33
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Plus Akutkrankenhaus: Krankenhäuser Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausärzte, Fachärzte Sonstige: Therapiebegleiter (Sozialpädagogen, Sozialtherapeuten, Sozialarbeiter)
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	61
Titel	Optimierung Psychiatrische Versorgung
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Raum Merzig/ Saarland
Patientenzielgruppe	Versicherte mit Depressionen und Alkoholproblemen
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Saarland Akutkrankenhaus: Krankenhäuser Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausärzte, Fachärzte Sonstige:
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	62
Titel	Vertrag zur Integrierten Versorgung bei Demenzkranken und geistigen Leistungsstörungen
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Freiburg, Baden-Württemberg
Patientenzielgruppe	Demenz
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Baden-Württemberg Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: Memory-Ambulanz (Teil der Ambulanz des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie des Universitätsklinikums Freiburg)
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	63
Titel	Integrative Versorgung für einen qualifizierten ambulanten Entzug und eine ambulante Rehabilitation alkoholabhängiger Menschen "Integrative ambulante Kompakttherapie - IAK"
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Landkreis Ludwigsburg/ Baden-Württemberg
Patientenzielgruppe	Alkoholabhängige Menschen
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Baden-Württemberg Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: DRV BW, Ev. Gesellschaft Stuttgart, Verband der Ev. Kirchenbezirke im LK LB, örtliche Beratungsstellen
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	64
Titel	Vereinbarung zur integrierten Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Stralsund/ Mecklenburg-Vorpommern
Ansprechpartner	Jan Armbruster
Patientenzielgruppe	Bewohner psychiatrischer Pflegeheime (einschließlich geschlossener Einrichtungen); Patienten mit geschlossener Unterbringung - F2, F6, F7
Beteiligte Partner	Kasse: AOK Mecklenburg-Vorpommern Akutkrankenhaus: Helios Hansekllinikum Stralsund: Psychiatrische Institutsambulanz Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausarzt Sonstige: HESTIA Pflege- und Heimeinrichtung
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	65
Titel	Kanu - Gemeinsam weiterkommen
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Bielefeld, Gütersloh/ Nordrhein-Westfalen
Ansprechpartner	Julia Griepenstroh
Patientenzielgruppe	Eltern mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen sowie deren Kinder
Beteiligte Partner	<p>Kasse:</p> <p>Akutkrankenhaus: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld (EvKB)</p> <p>Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Niedergelassene fungieren als Zuweiser für das Projekt</p> <p>Sonstige: EvKB: Tageskliniken, Jugendamt (Stadt Bielefeld), Kinderschutzbund Bielefeld</p>
Literatur	<p>Linthorst, Katrin; Rehder, Michael; Bauer, Ullrich (2012): Prävention durch die Initiierung von Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Praxiskonzepte und erste Evaluationserkenntnisse. Neue Praxis (im Druck)</p> <p>Linthorst, K./Rehder, M. (2012): Psychische Gesundheit und familiäre Vulnerabilität bei Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil unter besonderer Betrachtung des sozialem Status und des Krankheitsbildes * Inhaltsanalyse nach Mayring im Projekt *Kanu * gemeinsam weiterkommen*. In: Wiegand-Grefe, S./Wagenblass, S. (Hrsg.):</p>

Variable	Inhalt
Nr.	66
Titel	"Kopfsache - Soforthilfe bei psychischen Störungen"
Interventionsansatz	Case Management
Stadt/ Bundesland	Chemnitz/ Sachsen
Patientenzielgruppe	Psychische und Psychosomatische Störungen (F3-F6)
Beteiligte Partner	Kasse: KKH Allianz Akutkrankenhaus: Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten), Fachärzte (Neurologen, Psychiater), Psychologen, Poliklinik (MVZ) Sonstige: RehaKlinik Carolabad Chemnitz
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	67
Titel	"Schizophrenie und Depression Köln"
Interventionsansatz	Sonstige
Stadt/ Bundesland	Köln/ Nordrhein-Westfalen
Patientenzielgruppe	Schizophrenie und affektive Störungen
Beteiligte Partner	Kasse: KKH Allianz, IKK Classic, LSV Akutkrankenhaus: LVR Klinik Köln Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: niedergelassene Haus- und Fachärzte Sonstige: Psychologische Psychotherapeuten
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	68
Titel	BID - Bielefelder Intensivbehandlungsprogramm Depression
Interventionsansatz	Case Management
Stadt/ Bundesland	Bielefeld, Nordrhein-Westfalen
Patientenzielgruppe	mittelschwere Depression im Erwerbsleben (F31, 32, 33, F34, F43.2)
Beteiligte Partner	<p>Kasse: Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen OWL (Ostwestfalen-Lippe)</p> <p>Akutkrankenhaus: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie EvKB Bethel, Psychiatrische Institutsambulanz</p> <p>Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausärzte, Nervenärzte und Psychotherapeuten organisiert im Ärzte- und Psychologenverband "medi owl"</p>
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	69
Titel	IV-Angebot des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Versorgungsregion Südwürttemberg (Baden-Württemberg) mit den Landkreisen Ravensburg und Biberach, dem Alb-Donau-Kreis, dem Stadtkreis Ulm und dem Landkreis Reutlingen.
Patientenzielgruppe	Menschen mit psychischen Erkrankungen (ICD-10: F00-F99)
Beteiligte Partner	<p>Kasse: DAK, Barmer GEK</p> <p>Akutkrankenhaus: Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie), Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie (SINOVA)</p> <p>Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Psychiater, Psychotherapeuten, kooperierende Fachärzte</p> <p>Sonstige: Psychiatrische Tageskliniken, PIA, ZfP Südwürttemberg</p>
Literatur	Rieger W, Schmidt-Michel P-O. (2011). Ziel: Verbesserte Gesamtbetreuung. KU Gesundheitsmanagement 10/2011: 52-56.

Variable	Inhalt
Nr.	70 (identisch mit Nr. 35)
Titel	Umsetzung des NWpG-Vertrags mit der Techniker Krankenkasse und der KKH-Allianz in Niedersachsen und von Verträgen mit dem BKK Landesverband Mitte, der Deutschen BKK und der BKK Mobil Oil in Niedersachsen, Bremen, Thüringen und Sachsen
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Niedersachsen, Bremen, Thüringen, Sachsen
Ansprechpartner	Matthias Walle
Patientenzielgruppe	TK, KKH-Allianz: F1x.5, F2x.x, F3x.x, F4x.x, F60.x, F61.x, F62.x, F68.x, F69.x BKK: F2, F3, F4, F6, teilweise F0, Fokus auf schwer erkrankte Patienten
Beteiligte Partner	Kasse: Techniker Krankenkasse, KKH-Allianz, Vertragsarbeitsgemeinschaft des BKK-Landesverbands Mitte: 70 teilnehmende BKKen, Deutsche BKK, BKK Mobil Oil, Vertragsabschlüsse mit weiteren Kassen in Vorbereitung Akutkrankenhaus: Vertraglicher Einbezug psychiatrischer Kliniken, z.B. Aufnahme-/Entlassungsmanagement, fachärztliche Leistung, pflegerische Leistung Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologen, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten Sonstige: Sozialpsychiatrische Fachdienste (ambulante psychiatrische Pflegedienste, Soziotherapie) PIA, Rückzugsräume, Inno-HealthCare GmbH, Leuphana Inkubator
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	71
Titel	Einrichtung einer Adoleszentenstation am Klinikum Nürnberg
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Nürnberg, Mittelfranken/ Bayern
Patientenzielgruppe	Psychisch erkrankte Adoleszente im Alter zwischen 17 und 26 Jahren mit: psychotischen Störungen und deren Prodromalstadien, affektiven Störungen, Angststörungen, Zwangserkrankungen, Anpassungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen, Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen, Suizidalen Krisen
Beteiligte Partner	Kasse: Akutkrankenhaus: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Kh/XI-I) und Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (Kh/XI-IV) des Klinikums Nürnberg Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Sonstige: PIA
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	72
Titel	Dresdner Modellprojekt "Psychisch Gesund Für ZWEI"
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Dresden und Umland/ Sachsen
Ansprechpartner	Michaela Galle
Patientenzielgruppe	Frauen in Schwangerschaft und Postpartalzeit mit psychischen Belastungen
Beteiligte Partner	<p>Kasse:</p> <p>Akutkrankenhäuser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik inklusive Mutter-Kind-Tagesklinik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden • Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden • Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt <p>Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Fachärzte, Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Sonstige: Hebammen, Sozialpädagogen, Dresdner Netzwerk Schwangerschaft und Wochenbett (Fachärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Hebammen, Schwangerschaftsberatung, Stillberatung), Jugendamt Dresden, Beratungsstellen, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden</p>
Literatur	

Variable	Inhalt
Nr.	73
Titel	DBT-Sucht-Flex
Interventionsansatz	Teambasierte Ansätze
Stadt/ Bundesland	Berlin, Brandenburg
Patientenzielgruppe	Patienten mit Borderline-Störung und komorbider Suchterkrankung
Beteiligte Partner	<p>Kasse:</p> <p>Akutkrankenhäuser: Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, vollstationäre Behandlung auf der Station St. Felicitas</p> <p>Hausärzte/ niedergel. Fachärzte: Hausärzte, Fachärzte</p> <p>Sonstige: Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Tagesklinik</p>
Literatur	