

Hanauer Modell

Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland

von Dr. Thomas Schillen + Monika Thiex-Kreye

Die Psychiatrie-Reform in Deutschland ist seit vielen Jahren stehen geblieben. In Anbetracht steigender Patientenzahlen und zunehmender Versorgungsdefizite besteht dringender Handlungsbedarf. Reformbemühungen, die sich nur auf neue Wege der Entgeltentwicklung im stationären Sektor beziehen, können die zentralen Mängel der Zersplitterung psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung nicht beseitigen. In Hanau wird gegen den bundesweiten Trend ein anderer Weg gegangen. 40% der Betten werden geschlossen zugunsten eines Versorgungsmodells, das ambulante Inanspruchnahme der Kliniksangebote und aufsuchende Arbeit kombiniert, und so vielen Patienten weitestgehend ein Leben ohne Drehtürpsychiatrie ermöglichen soll. Die Klinik passt sich dem Bedarf des Patienten an, der psychisch erkrankte Mensch steht, den Forderungen der Psychiatrie-Enquête folgend, im Zentrum. Für ein solches Arbeiten bieten sich systemische Konzepte als Grundlage besonders an, daher hat Dr. Schillen eine zweijährige systemische Weiterbildung am Klinikum initiiert, an der Chef- und Oberärzte genauso teilnehmen, wie Pflegekräfte und therapeutische Fachkräfte.

Monika Thiex-Kreye, Geschäftsführerin der Klinikum Hanau GmbH, und Priv.-Doz. Dr. Thomas Schillen, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Hanau, beschreiben Verlauf und erste Ergebnisse des Modellversuchs. Der Artikel, der hier gekürzt wieder gegeben wird, erschien in der Zeitschrift Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie Heft 2/2014, S. 11ff.

Ein zentrales Ziel der Psychiatrie-Enquête war die bessere und menschenwürdigere Versorgung der schwer und chronisch psychisch Kranken. Bei allen Fortschritten der letzten Jahrzehnte haben diese Patienten heute immer noch die größten Schwierigkeiten beim Zugang zu qualifizierten, evidenzbasierten Therapien. Der Zugang zu einer Psychotherapie bei Psychosen ist verschwindend gering (Lambert 2014). Personalressourcen für ACT (Assertive Community Treatment), Home-Treatment oder Krisenteams sind weder nach Bundespflegegesetzverordnung noch im PEPP-System finanziert (PEPP = Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik). Was Krankenkassen gerne als Fehlanreize zur stationären Aufnahme durch die Klinik bezeichnen, ist in der Realität die Fehlallokation von Therapieressour-

cen über die Budgetbindung an das stationäre Bett durch Gesetzgeber und Kostenträger (Schillen und Thiex-Kreye 2012).

Die bestehenden Evidenzen für Effizienz und Effektivität einer sektorübergreifenden Versorgung gerade auch der schwer psychisch Kranken im europäischen Ausland sowie in einzelnen Projekten mit Regionalbudgets oder Verträgen zur integrierten Versorgung in Deutschland (Schmid et al. 2013, Roick et al. 2008, Deister et al. 2010, Lambert et al. 2014, Karow et al. 2014) finden bisher keinen Eingang in die Entwicklung des neuen Entgeltsystems. Das PEPP-System wird die Probleme der psychiatrischen Versorgung in Deutschland daher nicht lösen, sondern vielmehr aufgrund seiner Konstruktionsfehler aggravieren. Der wesentliche Gewinn

des PEPP-Systems bestand bisher darin, dass seine Defizite im Sommer 2010 einzelne Krankenkassen motivierten, sich auf die Verhandlung geeigneterer Alternativen einzulassen.

Hanauer Modell – Integrierter Versorgungsvertrag mit AOK Hessen und TK

Vor dem Hintergrund der seit Jahren steigenden Patientenzahlen und Versorgungsbedarfe ist eine Reform der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskonzepte in Deutschland dringend erforderlich. Solange die Reformbemühungen sich nur auf neue Wege zur jahresbezogenen Entgeltentwicklung im stationären Sektor beziehen, können die zentralen Mängel der Fragmentierung des Gesamtsystems psychiatrisch-psychotherapeutischer Ver-

sorgung nicht beseitigt werden (Thiex-Kreye und Schillen 2013). Eine grundlegende Verbesserung von Behandlung und Ressourcenallokation erfordert die Integration ambulanter und stationärer Behandlungssektoren (Deister et al. 2010, Lambert et al. 2014). Diese Integration muss sich notwendigerweise auch in der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems widerspiegeln (Schillen und Thiex-Kreye 2012).

Ausgehend von diesen Überlegungen konnte zum 01.06.2011 ein Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V mit der AOK Hessen und der Techniker Krankenkasse (TK) geschlossen werden. Die Budgetanteile der beiden beteiligten Krankenkassen aus der stationären und teilstationären Versorgung sowie aus der psychiatrischen Institutsambulanz wurden zu einem Modellbudget zusammengefasst und vertraglich garantiert. Für Versicherte der AOK Hessen und TK erhält die Klinik dadurch die Möglichkeit zur bedarfsgerechten Wahl von Art und Intensität der Behandlung nach dem individuellen Bedarf des Patienten.

Im stationären und teilstationären Sektor wurden für das Modell tagesbezogene pauschalierte Entgelte kalkuliert. Ambulante Leistungen erhielten geschätzte aufwandsorientierte Relativgewichte, die für jeden Gesichtskontakt mit einem Patienten abgerechnet werden (Lehmann et al. 2011, Schillen und Thiex-Kreye 2012).

Für die Krankenkassen, die nicht am integrierten Versorgungsvertrag teilnah-

men, galten unverändert die Entgeltkriterien nach Bundespflegesatzverordnung bzw. nach den hessischen Quartalspauschalen der Institutsambulanz.

Anders als bei vielen integrierten Versorgungsverträgen beinhaltet das Hanauer Modell kein zusätzliches Budget zur Erbringung neuer Leistungen für nach Diagnose oder Schweregrad eingegrenzte Patientengruppen. Das Modell schließt vielmehr die volle Pflichtversorgung aller psychiatrischen Störungen ein. Zugangsvoraussetzungen sind unverändert nur die gesetzlichen Kriterien zur Behandlung in der psychiatrischen Klinik oder Institutsambulanz.

Durch die vertraglich gesicherte Garantie des Modellbudgets von AOK Hessen und TK ergeben sich für die Klinik keine betriebswirtschaftlichen Risiken während der Veränderung des Leistungsgeschehens. Die Klinik erhält vielmehr ohne Erlörisiken den Gestaltungsspielraum, das ganze Spektrum ambulanter Leistungen von Assertive Community Treatment mit Case Management und Hausbesuchen bis hin zum Home-Treatment und Krisenteam einzusetzen. Dadurch wird eine bedarfsgerechte Ablösung stationärer Behandlungen durch stationsäquivalente ambulante Leistungen möglich. Der Aufenthalt auf Station kann auf die Phase der Erkrankung begrenzt werden, in der der Patient zwingend auf das stationäre Bett angewiesen ist. Danach ist eine ambulante Akutbehandlung möglich, weil der für tägliche Therapiekontakte erforderliche hohe Ressourcenbedarf im Rahmen des Gesamtbudgets

finanziert werden kann. Der ambulante Anteil am Gesamtbudget folgt damit der Ambulantisierung der Leistungen. Umgekehrt kann diese nur in dem Umfang gelingen, wie stationäre Behandlungsanteile reduziert werden können.

Bei dieser Entwicklung ist es von Bedeutung, festzuhalten, dass der Patient während dieser Phase der stationsäquivalenten Ambulantisierung weiterhin die gesetzlichen Kriterien einer Krankenhausbehandlungsindikation erfüllt. Bei der stationsäquivalenten ambulanten Akutbehandlung handelt es sich daher nicht um Leistungen, die nach Art und Intensität üblicherweise in der psychiatrischen Institutsambulanz einzuordnen sind. Es handelt sich vielmehr um komplexe Behandlungsleistungen des Krankenhauses, die patientenorientiert und medizinisch indiziert nicht mehr an das stationäre Bett gebunden sind.

Hanauer Modell – Veränderungsprozess einer Klinik

Für die Ambulantisierung stationärer Leistungen wurde auf die bestehenden Erfahrungen im Assertive Community Treatment der psychiatrischen Institutsambulanz sowie eines Pilotprojektes einer Station zurückgegriffen. Im September 2011 konnten zunächst auf 3 Stationen jeweils 2 Betten geschlossen und der dadurch verfügbare Raum für ambulante Behandlungen auf Station genutzt werden. Pflegerische Mitarbeiter der Station wurden in feste Schichten für ambulante Leistungen eingeplant. Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter der

Institutsambulanz unterstützten die Stationen als Mentoren unter oberärztlicher Supervision bei wöchentlichen Behandlungsplanungen ihrer ambulanten Patienten. Begleitend nahmen 15% der Mitarbeiter aller Berufsgruppen eine systemische Weiterbildung über 3 Jahre auf. Mit diesen Schritten gelang es, die Stationen an die Integration ambulanter Leistungen heranzuführen.

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen konnte die Ablösung einer kompletten Station durch ein stationsäquivalentes ambulantes Akut-Team (AAB) für den 01.06.2012 festgelegt werden. Die Mitarbeit in diesem Team wurde klinikintern mit qualifizierenden Eignungskriterien ausgeschrieben. Es erfolgte keine Personalreduktion. Die Personalressourcen des Akut-Teams entsprechen denen einer Station ohne Nachtdienste. Die Stellenanteile der Nachtdienste wurden den verbleibenden 3 Stationen zugewiesen. Die Ablösung der Station reduzierte die Bettenzahl der Klinik von 100 auf 78. Die freigestellten Räumlichkeiten werden vom AAB-Team genutzt.

Eingangsvoraussetzung für eine stationsäquivalente Behandlung durch das AAB-Team ist ein aktueller Schweregrad der Erkrankung, der in der bisherigen Versorgung eine stationäre Aufnahmeindikation dargestellt hätte. Bei stationären Einweisungen wird gemeinsam mit dem Patienten geprüft, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen eine Behandlung durch das AAB-Team und ohne stationäres Bett möglich ist. Bei Patienten, bei denen eine stationäre

Aufnahme nicht abzuwenden ist, stellt das AAB-Team den Kontakt auf Station her und übernimmt den Patienten in die stationsäquivalente Behandlung, sobald dies realisierbar ist. Der überwiegende Anteil der AAB-Patienten ist auch bei schwerer Symptomatik in der Lage, die Klinik täglich aufzusuchen. Hausbesuche erfolgen zur Einbeziehung des sozialen Umfeldes oder zur Komplettierung der Diagnostik. Bei einzelnen Patienten, die die Klinik vorübergehend nicht selbständig aufsuchen können, erfolgt ein Home-Treatment, bis der Patient wieder ambulant kommen kann oder eine stationäre Einweisung sich als indiziert erweist. Darüber hinaus übernimmt das AAB-Team nofällige Kriseninterventionen in der häuslichen Umgebung.

Das AAB-Team behandelt grundsätzlich Patienten aller psychiatrischen Diagnosen. Zum aktuellen Zeitpunkt der Entwicklung sind hirnorganische Störungen und Suchterkrankungen gegenüber der stationären Diagnosenverteilung noch unterrepräsentiert. Bei dementiellen Patienten im Altenheim erfolgt die Behandlung als Home-Treatment. Dadurch kann dem Demenzerkrankten der Ortswechsel erspart und eine stationäre Aufnahme vermieden werden.

Dem AAB-Team stehen die gesamten Behandlungsmodule und Gruppenangebote wie in der stationären Versorgung zur Verfügung, aus denen in der Therapieplanung gemeinsam mit dem Patienten der individuelle Wochenplan zusammengestellt wird. Stärker noch als auf den Stationen entwickelt sich die

Therapie vom Behandeln zum Verhandeln. Autonomie und Ressourcen des Patienten und seines sozialen Systems stehen im Fokus. Die Teilnahme an der AAB-Behandlung ist eine freiwillige Entscheidung des Patienten, Zwangsmaßnahmen entfallen, aggressive Reaktionen treten kaum auf.

Fallvignetten

Stationsverkürzende Behandlung: Ein Patient mit schizophrener Psychose und Polytoxikomanie musste aufgrund aggressiver Anspannung und hohem Suchtdruck bei akustischen Halluzinationen und Beziehungswahn zunächst stationär aufgenommen werden. Nach 6 Tagen erfolgte die stationäre Entlassung und Übernahme in die AAB-Behandlung. Unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes konnte eine medikamentöse Adhärenz erreicht werden. Bei akuten Krisen wurde der Patient vom AAB-Team zu Hause abgeholt, um einen Behandlungsabbruch abzuwenden. Im weiteren Verlauf kam es zu einer zunehmenden Besserung der Symptomatik, die Behandlungsfrequenz konnte reduziert und der Patient nach 4 Wochen in die psychiatrische Institutsambulanz übergeleitet werden.

Stationsäquivalente Behandlung: Ein Patient mit schizoaffektiver Psychose, Alkohol- und Benzodiazepinmissbrauch und rezidivierender Suizidalität benötigte in den letzten 15 Jahren 21 stationäre Behandlungen, davon allein 14 in den letzten 11/2 Jahren. Im AAB-Team gelang ein stabilisierender Beziehungs-

aufbau. Damit wurden im Wechsel Phasen hoher und niedriger Behandlungsintensität möglich, die den Patienten schrittweise befähigten, die Dauer reduzierter Behandlungsdichte zunehmend auszuweiten. Kurz nach dem Wechsel in die AAB musste der Patient noch einmal für wenige Tage stationär aufgenommen werden, seitdem während der letzten 15 Monate nicht mehr.

Home-Treatment: Eine 80-jährige Patientin mit Delir bei Parkinson und Operation nach Oberschenkelhalsfraktur, Halluzinationen, massiver Unruhe und Ängsten sollte stationär eingewiesen werden. Das AAB-Team realisierte ein Home-Treatment im Altenheim einschließlich Anleitung für das Pflegeteam des Heims. Bei guter Remission der akuten Symptomatik konnte das Home-Treatment nach 4 Wochen beendet werden, eine stationäre Aufnahme wurde nicht notwendig.

Langzeitbehandlung: Eine 50-jährige Patientin mit chronischer Psychose wurde regelmäßig nach fremdaggressiven Zwischenfällen im sozialen Umfeld von der Polizei stationär untergebracht. Nach der Entlassung brach die Behandlung nach kurzer Zeit wieder ab, eine medikamentöse Adhärenz konnte nicht erreicht werden. Durch die Behandlung im AAB-Team entwickelte sich eine längerfristig tragfähige therapeutische Beziehung. Die Patientin sucht bei Teilremission der Psychose das AAB-Team seitdem freiwillig alle 2 Wochen zur Depotmedikation auf. Während

der letzten 1 1/2 Jahre erfolgte keine Zwangseinweisung mehr.

Erste Kennzahlen

Im Rahmen des integrierten Versorgungsvertrages mit der AOK Hessen und TK waren etwa 1650 (46%) aller Patienten der Klinik für die veränderten Behandlungsangebote elegibel. Etwa 530 Patienten haben sich über 2 1/4 Jahre in den Vertrag eingeschrieben. Mit dieser Größenordnung wurden relevante strukturelle Änderungen möglich. 22 von 46 Betten (48%) der AOK Hessen und TK konnten geschlossen und durch eine stationsäquivalente ambulante Akutbehandlung (AAB) abgelöst werden.

Die dargestellte Ambulantisierung konnte in 2012 zunächst 4700, 2013 dann 8000 stationäre Behandlungstage durch die stationsäquivalente AAB ablösen. 2013 wurden im Integrierten Versorgungsvertrag 30% der früheren stationären Leistungen für AOK Hessen und TK ersetzt. Für Versicherte dieser beiden Kassen reduzierte sich die mittlere stationäre Behandlungsdauer pro Fall von 20 Tagen in 2010 auf 14 Tage in 2013, die mittlere jährliche Behandlungsdauer pro Patient im gleichen Zeitraum von 30 auf 24 Tage.

Diese Kennzahlen geben einen ersten Eindruck der möglichen Entwicklung wieder. Aufgrund der divergenten Behandlungsprozesse für die Versicherten der AOK Hessen und TK gegenüber den Versicherten der übrigen Krankenkassen

im Integrierten Versorgungsvertrag und der unterjährigen Ausweitung auf alle Patienten durch das Modellvorhaben nach § 64b SGB V ab 01.09.2013 ist diese Entwicklung zurzeit noch nicht abschließend beurteilbar.

Hanauer Modell – Modellvorhaben nach § 64b SGB V für alle Patienten der Klinik

Zum 01.09.2013 konnte der bisherige integrierte Versorgungsvertrag mit AOK Hessen und TK nach einjähriger Verhandlungsdauer in ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V für alle Patienten der Klinik überführt werden. Es handelt sich dabei um den ersten Vertrag auf der Grundlage des 2012 neu eingeführten § 64b SGB V in Deutschland.

Alle großen Krankenkassen nehmen an dem Modellvorhaben teil. Der verbleibende Anteil von etwa 4% Nicht-Modellkrankenkassen lässt den Vertrag gegen sich gelten. Für die psychiatrische Institutsambulanz wurde mit einem Landesvertrag ebenfalls ein Weg gefunden, die Entgelte für Versicherte der Modellkrankenkassen denen der Nicht-Modellkrankenkassen gleichzustellen. Das Gesamtbudget des Modellprojektes umfasst nun das gesamte Budget aller ambulanten, teil- und vollstationären Leistungen der Klinik. Allen Patienten der Klinik kann ein identisches Behandlungsangebot gemacht werden. Die Unterscheidung divergenter Behandlungsprozesse abhängig von der Krankenkasse des Patienten ist nicht mehr erforderlich.

Die Ausweitung umfasst nun alle etwa 3600 Patienten, die pro Jahr Leistungen der Hanauer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Anspruch nehmen. Damit sind weitere strukturelle Entwicklungen möglich. Zurzeit befindet sich die störungsspezifische Differenzierung in zwei Teams für stationsäquivalente ambulante Akutbehandlungen in der Vorbereitung. Die aktuelle Planung sieht die Umwandlung einer zweiten Station zum 01.07.2014 vor. Die Bettenreduktion wird damit auf 40 von 100 Betten steigen.

Mitstreiter gesucht – Netzwerk von Modellprojekten

Wenn man der Kategorisierung sektorübergreifender Versorgungskonzepte und ihrer vorrangigen Ziele von Schmid et al. (2013) folgen will, dann sehen wir das Hanauer Modell als eine Zusammenführung von Regionalpsychiatriebudgets (RPB) und integrierten Versorgungsprojekten (IV). Das sektorübergreifende Gesamtbudget für eine gemeindepsychiatrische Pflichtversorgung aller psychischen Störungen ist eines der Kernelemente des Modells ebenso wie im RPB. Es ist die Voraussetzung für die patientenorientierte Flexibilisierung der Behandlung, bei der die Finanzierung dem Behandlungssektor des Patienten folgt und nicht der Patient der Finanzierung des Behandlungssektors. Gleichzeitig zielt das Hanauer Modellvorhaben auf eine weitreichende Veränderung der Versorgungskonzepte ab, wie nach

Schmid et al. (2013) viele IV-Projekte. Anders als bei den meisten IV-Projekten wird dafür nicht auf eine zusätzliche Finanzierung, sondern auf das bestehende Klinikbudget zurückgegriffen. Das damit erreichbare Budgetvolumen liegt potentiell um Größenordnungen über dem einer Zusatzfinanzierung. In Verbindung mit der gegebenen Budgetgarantie während des Veränderungsprozesses der Klinik werden damit sehr weitreichende strukturelle Anpassungen der Behandlungskonzepte an die Bedarfe gerade auch der schwer und chronisch kranken Patienten möglich, da Budget- und Personalanteile in Stationsstärke ohne wirtschaftliches Risiko für Assertive Community Treatment, Case Management, Home-Treatment und Krisenteam aus dem stationären in den ambulanten Sektor überführt werden können.

Das Hanauer Modellprojekt steht noch sehr am Anfang der möglichen Entwicklung. Die Schließung einer Station nach einem Jahr Projektlaufzeit war der erste konsequente Schritt. Die Ausweitung auf alle Patienten der Klinik ermöglicht in Kürze, weitere Betten zu schließen und Ambulantisierungskonzepte besser störungsspezifisch zu differenzieren.

Die skizzierten Kennzahlen bieten zurzeit nur erste Anhaltspunkte für die langfristigen Möglichkeiten. Sie lassen dennoch erkennen, welche bereits kurzfristigen Entwicklungen einer stationsäquivalenten ambulanten Akutbehandlung durch das Krankenhaus in einer

städtisch-ländlichen Versorgungsregion von 215.000 Einwohnern mit 40% ausländischen Mitbürgern bei sehr geringer vertragsärztlich-psychiatrischer Versorgung am Rande des Rhein-Main-Gebietes erreichbar sind.

Die psychiatrische Klinik ist nicht Selbstzweck. Unser Auftrag ist die Begleitung schwer psychisch kranker Menschen nach dem Grad ihrer Hilfebedürftigkeit. Dazu gehört der Respekt vor der Würde und Selbstbestimmtheit der Menschen, deren Leben durch schwere psychische Erkrankungen und psychosoziale Belastungen gezeichnet ist. Die Ambulantisierung ändert die psychiatrische Versorgung dabei von Grund auf. Ihre Grundlage ist die Begleitung des selbstbestimmten Patienten anstatt einer Zwangsbehandlung. Die therapeutische Beziehung wird noch mehr zum zentralen Faktor der Behandlung – verhandeln statt behandeln. Die längerfristige ambulante Begleitung gibt der Psychotherapie gleichwertig Raum neben einer gegebenenfalls indizierten Psychopharmakotherapie.

Die sektorübergreifende Versorgung der Klinik passt die Institution dem Patienten an und nicht den Patienten der Institution. Die hohe Behandlungskompetenz der Klinik für die komplexe Begleitung gerade der schwer und chronisch Kranken mit den Mitteln des Krankenhauses wird damit unabhängig vom stationären Bett. Diese Entwicklung kann den Menschen und sein soziales System als Ganzes in den Blick nehmen, anstatt sich auf

kurzfristige stationäre Behandlungen mit anschließend häufigen Behandlungsabbrüchen beschränken zu müssen.

Wir wissen von einer ganzen Reihe von Kliniken, die den Vertrag zum Hanauer Modell gerne übernehmen würden. Diese Kliniken mussten feststellen, dass bundesweit unterschiedlichste Krankenkassen die Ausweitung von Modellvorhaben zu verhindern suchen, weil sie darauf setzten, ihre steigenden Kosten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung auf anderen Wegen zu begrenzen. Darunter sind Kassen, die das PEPP-System deshalb sehr entschieden propagieren, weil sie darauf spekulieren, mit ihrem Patientenspektrum PEPP-Gewinner im Vergleich zu anderen Kassen zu werden. Andere Kostenträger wiederum setzen auf landesweite Strukturverträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung zur Reduzierung stationärer Aufenthalte. In dieser Situation können Kliniken ihre Ambulantisierungsprozesse auf der Grundlage des § 64b SGB V auch mit der jeweiligen Gruppe von Krankenkassen umsetzen, die regional eine solche Entwicklung mitträgt. Unsere hier vorgestellten Erfahrungen zeigen, dass bereits damit sehr weitreichende strukturelle Veränderungen wie die Schließung einer Station möglich sind.

Die Psychiatrie-Reform ist in Deutschland seit vielen Jahren stehen geblieben. Ein neues Entgeltsystem für eine einzelne Komponente des fragmentierten Versorgungssystems ist dafür keine Lösung und führt zwangsläufig nur dazu, dass Kostenträger und Leistungserbringer sich den neuen Rahmenbedingungen partikular betriebswirtschaftlich anpassen bzw. anpassen müssen.

Projekte wie das Hanauer Modell bieten die Chance einer weitreichenden Veränderung der Kliniken zu einer sektorübergreifenden patientenorientierten Psychiatrie auch in Deutschland. Dafür brauchen wir ein Netzwerk vieler Protagonisten, damit diese Projekte Systemrelevanz erreichen und nicht langfristig marginalisiert werden. Ideal wäre ein Netzwerk, dessen Teilnehmer voneinander lernen und evidenzbasierte best practice Erfahrungen austauschen. Die skizzierte Entwicklung darf dann im Weiteren auch nicht bei den Kliniken stehen bleiben, sondern muss der Zersplitterung des Systems darüber hinaus durch eine weitgehende Integration im gemeindepsychiatrischen Verbund begegnen.

Deister A et al. (2010) Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein

Regionales Budget. Psychiatr Prax 37: 335 – 342

Karow A et al. (2014) Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Psychiatr Prax, im Druck
Lehmann G et al. (2011) Die finanziellen Anreize werden sich ändern. f&w 4: 389 – 392
Lambert M et al. (2014) Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen

Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Psychiatr Prax, im Druck
Roick C et al. (2008) Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatr Praxis 35: 279 – 285
Schillen T, Thiex-Kreye M (2012) Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. G+S 4: 53 – 59

Schmid P et al. (2013) Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. Psychiatr Praxis 40: 414 – 424

Thiex-Kreye M, Schillen T (2013) Augenmaß und Ausdauer. f&w 4, 384 – 387
von Haebler D (2013) Zur Bedeutung der Psychotherapie von Menschen mit Psychosen. Kerbe 2: 9 – 12