Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:150–155
https://doi.org/10.1007/s00103-018-2864-2
Online publiziert: 19. Dezember 2018
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2018

Arno Deister

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinikum Itzehoe, Itzehoe, Deutschland

Die Region als Kooperationsrahmen in der psychiatrischen Versorgung

Hintergrund

Psychische Erkrankungen gehen für die Betroffenen und ihre Angehörigen in besonderer Weise mit einer gravierenden Beeinträchtigung im Lebensumfeld einher. Sie nehmen einen Spitzenplatz unter den Gesundheitsproblemen in Deutschland ein. Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind aufgrund medizinischer und sozialer Krankheitsfolgen regelhaft in ihrer Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen beeinträchtigt. So gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit. Nur etwa 10 % der Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung sind in den ersten Arbeitsmarkt integriert, ein großer Anteil der langfristig arbeitslosen Menschen ist psychisch krank. Bezüglich der vorzeitigen krankheitsbedingten Berentung stehen sie mit einem Anteil von mehr als 40 % sogar an der ersten Stelle unter allen Krankheitsbildern [1]. Die durch psychische Erkrankungen entstehenden indirekten Kosten übersteigen die direkten Kosten deutlich.

Stigmatisierung und teilweise auch soziale Diskriminierung gehören weiterhin zum Alltag von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die dadurch entstehenden Belastungen erhöhen die individuelle Vulnerabilität für psychische Störungen und vermindern die jeweiligen protektiven sozialen Faktoren. Therapeutische und rehabilitative Maßnahmen müssen auch und gerade bei psychischen Erkrankungen deshalb stets auf die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Patienten im psychosozialen Kontext ausgerichtet sein. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuellen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden, und sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) spricht in ihrer Leitlinie zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen als Empfehlung aus, dass Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen die Möglichkeit haben sollen, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden. Dabei ist es eine wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams, „neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung die gemeinsame Verantwortung für die gesundheitliche, als auch die psychosoziale Versorgung der Betroffenen“ zu organisieren und so die Behandlungskontinuität zu sichern [2–5].

Region und psychische Gesundheit

Der Region kommt als Planungs-, Versorgungs- und Kooperationsrahmen bei psychischen Erkrankungen eine herausragende Bedeutung zu. Zum einen können regionale Besonderheiten, wie z. B. Grad der Urbanisierung oder die Verteilung sozialer Faktoren, psychische Störungen in ihrer Häufigkeit, in ihrer Ausprägung und in ihrem Verlauf relevant beeinflussen. Zum anderen stellen an der Region und am Lebensumfeld des Patienten orientierte gemeindenahe Versorgungsformen, wie z. B. Home Treatment oder sozialpsychiatrische Dienste, oft diejenigen Angebote dar, die den Patienten am intensivsten langfristig unterstützen und stabilisieren können.

Bezüglich der Häufigkeit psychischer Störungen zeigen sich zwar Anhaltspunkte für regional bedingte Unterschiede. Differenzierte Studienergebnisse stehen jedoch aus, da die Erfassungsmethodik noch nicht durchgängig auf vergleichbare Regionen ausgerichtet ist. So zeigte sich insgesamt nur ein Trend zu höheren Raten in Großstädten. Ursprünglich bestehende Häufigkeitsunterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern haben sich in standardisierten Bevölkerungsdaten in den letzten Jahren jedoch nicht mehr aufzeigen lassen. Zudem waren auf epidemiologischer Datenbasis bisher kaum entsprechende regionale Unterschiede im selbstberichteten Inanspruchnahmeverhalten Betroffener zu verzeichnen [6].

Die letzten Jahrzehnte haben zunehmende Forschungsergebnisse dahin gehend erbracht, soziale Interaktionen in ihren Auswirkungen auf das Gehirn zu verstehen [7, 8]. Auch die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen ökonomischen Bedingungen und der sozialen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen werden zunehmend Gegenstand der Forschung [9].

In der Zusammenschau der verfügbaren Ergebnisse zeigt sich die Notwendigkeit einer an der Region und deren

Abb. 1 ◀ Strukturelle Fragmentierung der Versorgungsinstitutionen im deutschen Gesundheitssystem

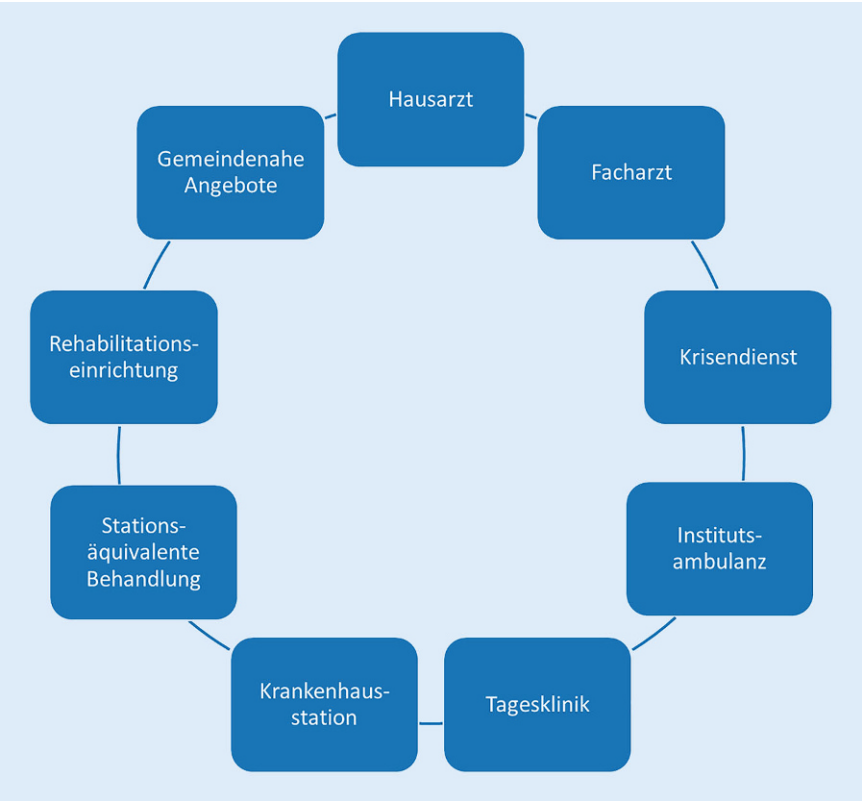

Abb. 2 ▲ Strukturelle Vernetzung der Versorgungsinstitutionen im deutschen Gesundheitssystem

spezifischen sozialen und epidemiologischen Situation orientierten Planung von Hilfe- und Versorgungssystemen. Diese sollte nicht in erster Linie im Sinne der bestehenden „Bedarfsplanung" an den zur Verfügung stehenden Versorgungsressourcen und -strukturen, sondern stärker an funktionalen Aspekten der sektor- und settingübergreifenden Organisation ausgerichtet sein, um dem individuellen Bedürfnis und dem Bedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen besser entsprechen zu können [10, 11].

Fragmentierung und regionale Vernetzung

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist in hohem Maß fragmentiert – sowohl bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen und der sich daraus ergebenden Finanzierungsformen und Kostenträger als auch bezüglich der Versorgungsinstitutionen (**Abb. 1**). Gerade bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die oft langfristig komplexe Hilfe und Unterstützung benötigen, führt die strukturelle Fragmentierung nicht selten zu „Brüchen" in der Versorgungstruktur und der Beziehungskontinuität, sondern auch zu „Abbrüchen" einer Behandlung – mit der häufigen Folge eines unnötig komplizierten und verlängerten Krankheitsverlaufs für den Patienten. Dieser Fragmentierung kann und muss im regionalen Umfeld mit einer komplexen Vernetzung der Behandlungsangebote entgegengewirkt werden (**Abb. 2**; [12]).

In der Realität der regionalen Versorgung kommt der Steuerung eine entscheidende Funktion zu. Sie kann auf verschiedenen Ebenen durchgeführt werden, etwa auf der Ebene des Bedarfs des Patienten, der bestehenden institutionellen Strukturen oder auch der funktionalen Aspekte. Während über einen langen Zeitraum – beginnend mit der Psychiatrie-Enquête 1975 – das Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Behandlungsformen mit der Formel „ambulant vor stationär" beschrieben wurde und in der Folge „ambulant statt stationär" im Vordergrund stand, sind heute Formen der „ambulanten und stationären" Behandlung im Rahmen einer gezielten und intelligenten Vernetzung der verschiedenen Angebote zu fordern [12]. Dem entspricht in funktioneller Hinsicht der Übergang von einer nach dem Sektor getrennten über eine sektor- bzw. settingübergreifende Versorgung hin zu einer settingunabhängigen Versorgungsstruktur.

Bei einer funktionalen Betrachtungsweise bestimmen das Bedürfnis bzw. der Bedarf des Patienten die Funktion des regionalen Angebotes. Die Beachtung der Autonomie der Patienten und die regionale Verantwortung für Patienten und Ressourcen führt über eine settingunabhängige Finanzierung zu einer funktionalen Steuerung der Angebote (**Abb. 3**). Weitere wesentliche Aspekte einer funktionalen Steuerung sind einheitliche Qualitätskriterien, partizipative Entscheidungsfindung sowie differenzierte Kompetenz und Profession. Die inhaltlichen Aspekte einer funktionalen regionalen Versorgung be-

stehen insbesondere in Empowerment und Recovery.

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung im Gesundheitswesen hat jüngst hierzu festgestellt: „Eine ideale sektorenübergreifende Planung erfordert eine ambulante und stationäre Planung institutionell aus einer Hand, miteinander verknüpft und austariert. Eine gemeinsame Planungs- und Sicherstellungsverantwortung durch eine Institution ermöglicht bestmöglich informierte und synchronisierte Entscheidungen über die ambulante bzw. stationäre Erbringung bestimmter Leistungen. … Dabei sind regionale Kenntnisse der Versorgungsstrukturen für informierte Entscheidungen eine notwendige Voraussetzung. Planungsentscheidungen auf regionaler Ebene ermöglichen somit die Berücksichtigung von Besonderheiten, beispielsweise zwischen ländlichen und städtischen Regionen. Die bisherigen Planungen im ambulanten und stationären Sektor erfolgen bereits zu einem gewissen Grad regional, allerdings nicht immer in derselben Raumordnungsebene“ [13].

Innovative regionale Versorgungsformen in der Psychiatrie und Psychotherapie

In Deutschland haben sich seit dem Jahr 2003 in verschiedenen Regionen Modellprojekte eines Regionalen Budgets für Psychiatrie und Psychotherapie etabliert. Diese wurden zunächst als Modellprojekte auf der Basis der Bundespflegesatzverordnung begonnen, im weiteren Verlauf ab 2013 dann jedoch in Modellvorhaben nach § 64b SGB V überführt. Diese gesetzliche Bestimmung zielt auf die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen, „die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld“.

In Deutschland gibt es aktuell 19 Modellvorhaben in neun Bundesländern. Die einbezogenen Regionen umfassen insgesamt eine Einwohnerzahl von etwa 6,6 Mio. In 13 Regionen beziehen die vereinbarten Budgets alle psychischen Erkrankungen und alle in der Region tätigen Krankenkassen mit ein; in 6 Projekte werden nur Patienten einzelner Krankenkassen eingeschlossen. Einige dieser Modellprojekte wurden inzwischen umfassend wissenschaftlich evaluiert [14, 15].

Das wesentliche Ziel der Modellprojekte ist die Beantwortung der Frage, welche Steuerungswirkungen im strukturellen, organisatorischen und fachlichen Bereich dadurch erzielt werden können, dass sich die Versorgung nicht mehr an bisherigen regionalen Planungsparametern orientiert, wie z. B. an aufgestellten Plätzen, behandelten Fällen oder an der fallbezogenen stationären Verweildauer, sondern dass die in einer Region bestehende Behandlungsaufgabe und die erreichte Behandlungsqualität die einzigen Kriterien für die Zuteilung von Ressour-

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:150–155 https://doi.org/10.1007/s00103-018-2864-2
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2018

A. Deister

Die Region als Kooperationsrahmen in der psychiatrischen Versorgung

Zusammenfassung

Psychische Erkrankungen beeinträchtigen regelhaft die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Daher ist es in therapeutischer Hinsicht von großer Bedeutung, am individuellen Bedarf orientierte gemeindenahe Maßnahmen anzubieten. Das heute stark fragmentierte psychiatrische Versorgungssystem muss dazu im Sinne einer funktional vernetzten Struktur modifiziert werden. Verschiedene gesundheitspolitische Steuerungsaspekte sind hier entscheidend.
Bezogen auf die regionale Versorgung gibt es in Deutschland bereits unterschiedliche Versorgungsmodelle. Im Vordergrund stehen dabei regionale Budgets, die in Deutschland in 19 Regionen umgesetzt werden. Darüber hinaus gibt es Ansätze in Form der „gestuften Versorgung“, der „stationsäquivalenten Behandlung“ und des „Assertive Community Treatment“.
Es zeigt sich, dass neue und an regionalen Rahmenbedingungen orientierte Versorgungsstrukturen und neue Versorgungsangebote in der Psychiatrie und Psychotherapie geeignet sind, am individuellen Bedarf orientierte Behandlungsmaßnahmen anzubieten. Durch das Prinzip der regionalen Verantwortung kann eine Umsteuerung zu einer verstärkt ambulanten und die Teilhabe am Leben unterstützenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung erreicht werden.

Schlüsselwörter

Fragmentiertes Gesundheitssystem · Regionales Budget · Personenbezogene Psychiatrie · Regionale Verantwortung · Gestufte Versorgung

The region as a cooperation framework in psychiatric care

Abstract

Mental illnesses regularly impair participation in social life. Therefore it is from a therapeutic point of view very important to offer community-based therapy focused to individual needs. The psychiatric treatment system in Germany, which is currently highly fragmented, must be modified in the sense of a functionally networked structure.
Various control aspects are of particular importance. In terms of regional care, there are different care models in Germany. The focus is on “regional budgets”, which are implemented in 19 regions in Germany. In addition, there are care approaches in the form of “stepped care,” “home treatment,” and “assertive community treatment.”
It turns out that new care structures based on regional framework conditions and new provision of care in psychiatry and psychotherapy are suitable for offering treatment measures tailored to individual needs. Due to the principle of regional responsibility, a reorientation to a more ambulant psychiatric and psychotherapeutic care that supports participation in life can be achieved.

Keywords

Fragmented healthcare system · Regional budget · Personalized psychiatry · Regional responsibility · Stepped Care

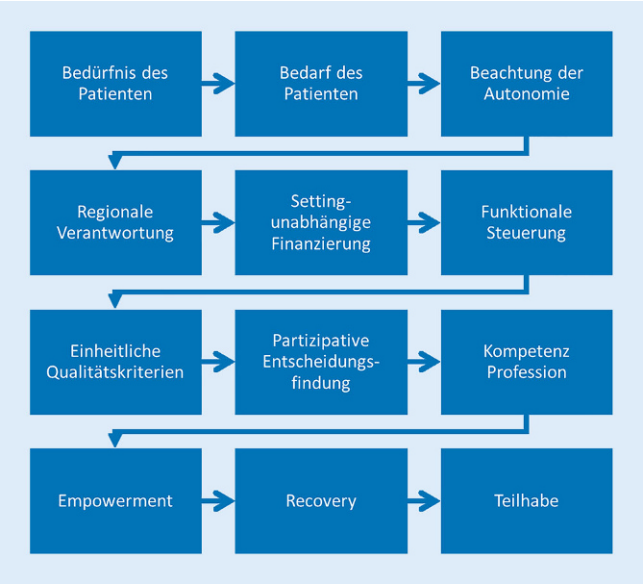

Abb. 3 ◀ Funktionale Steuerung der Versorgungsangebote

cen darstellen. Das Konzept dieser Modellprojekte basiert auf der Annahme, dass durch Überwindung der starren Sektorengrenzen zwischen den verschiedenen Behandlungssettings (vollstationär, teilstationär, ambulant in der Klinik, Behandlung zu Hause) mit den vorhandenen finanziellen und personellen Ressourcen eine flexiblere und damit stärker am Bedarf des Patienten orientierte Versorgung realisiert werden kann. Die effiziente Nutzung der aktuell im System verfügbaren Ressourcen soll deutlich verbessert werden, dabei soll insbesondere auch der sogenannte Misstrauensaufwand, der durch kostenintensive gegenseitige Kontrolle im System entsteht, minimiert werden.

Die in Deutschland bestehenden Modellprojekte umfassen bisher im Wesentlichen nur diejenigen Leistungen, die im bzw. durch das Krankenhaus in der Region erbracht werden (**Abb. 4**). Der im engeren Sinne ambulante oder gemeindepsychiatrische Bereich ist bisher noch nicht umfassend berücksichtigt; es gibt jedoch erste Ansätze dazu, diese Bereiche mit einzubeziehen. Als erste Institution hat im Jahr 2003 das Klinikum Itzehoe eine therapeutische und finanzielle Verantwortung für alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung in der Region Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein) übernommen [16–18].

Das grundsätzliche Prinzip des Modellprojektes besteht darin, dass die Realisierung eines über mehrere Jahre vereinbarten stabilen Budgets nur noch an die Zahl der insgesamt in der Region behandelten Menschen – unabhängig von der Art der Behandlung – gekoppelt wird. Jeder Patient wird – unabhängig davon, wie häufig er innerhalb eines Jahres behandelt wird – nur einmal als Person gezählt. Besteht bei einem Patienten mehrmals im Jahr der Bedarf für eine stationäre oder institutsambulante Behandlung, muss dieser Bedarf innerhalb des Regionalen Budgets auch gedeckt werden, ohne dass dadurch ein erneuter Finanzierungsanspruch entsteht. Damit setzt ein Regionales Budget keine Anreize zu einer Fallzahlausweitung oder Verweildauererhöhung, sondern verfolgt einen personenbezogenen Ansatz, der die Leistungsanbieter motiviert, die Patienten so zu behandeln, dass bei möglichst geringem Ressourcenverbrauch eine langfristige Beschwerdefreiheit erreicht wird [12]. So werden auch ausgeprägte Anreize zu einer vernetzten Versorgung gesetzt; Fehlanreize zu einer primär an ökonomischen Bedingungen orientierten oder fragmentierten Versorgung werden konsequent vermieden.

Die wissenschaftliche Begleitforschung zu den bereits längere Zeit laufenden regionalen Psychiatriebudgets konnte zeigen, dass es im Vergleich zu Regionen mit traditionellen Versorgungsstrukturen zu einer signifikanten Verbesserung des Funktionsniveaus und der sozialen Integration der Patienten gekommen ist. Die Verweildauer im stationären Bereich wurde relevant vermindert und gleichzeitig der ambulante Versorgungsanteil deutlich erhöht [14–16].

Stationsäquivalente Behandlung

Ein weiterer Ansatz zu einem stärker an den Bedürfnissen der Patienten und den regionalen Notwendigkeiten ausgerichteten Versorgungsangebot ist die stationsäquivalente Behandlung, die durch das 2017 in Kraft getretene „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) eingeführt wurde. Dieses betrifft bisher zwar nur Menschen mit einer psychischen Erkrankung, bei denen eine Indikation zu einer stationären Behandlung besteht (also vorwiegend Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen), stellt aber gesundheitspolitisch betrachtet einen ersten Schritt hin zu einem Angebot dar, das zu einer stärkeren regionalen Vernetzung beiträgt [19]. Bereits heute bietet das PsychVVG die Chance, „in geeigneten Fällen“ – insbesondere, wenn dies der Behandlungsqualität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist – Leistungen an ambulante Träger zu delegieren. Grundsätzlich werden sich aber aufsuchende Verfahren der „Zuhausebehandlung“ in den nächsten Jahren weiter etablieren können.

Assertive Community Treatment (ACT)

ACT besteht im Wesentlichen darin, dass eine langfristige und hochintensive Behandlung von einem multidisziplinären Team aus Fachärzten, Psychologen und/oder Fachkrankenpflegepersonal (vorwiegend) im häuslichen Umfeld des Patienten erfolgt. Das Ziel ist dabei, die voll- und teilstationäre Behandlung auf ein vertretbares Minimum zu reduzieren und letztlich finanzielle Ressourcen vom stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern [5, 18]. An den ACT-Teams können sich grundsätzlich alle

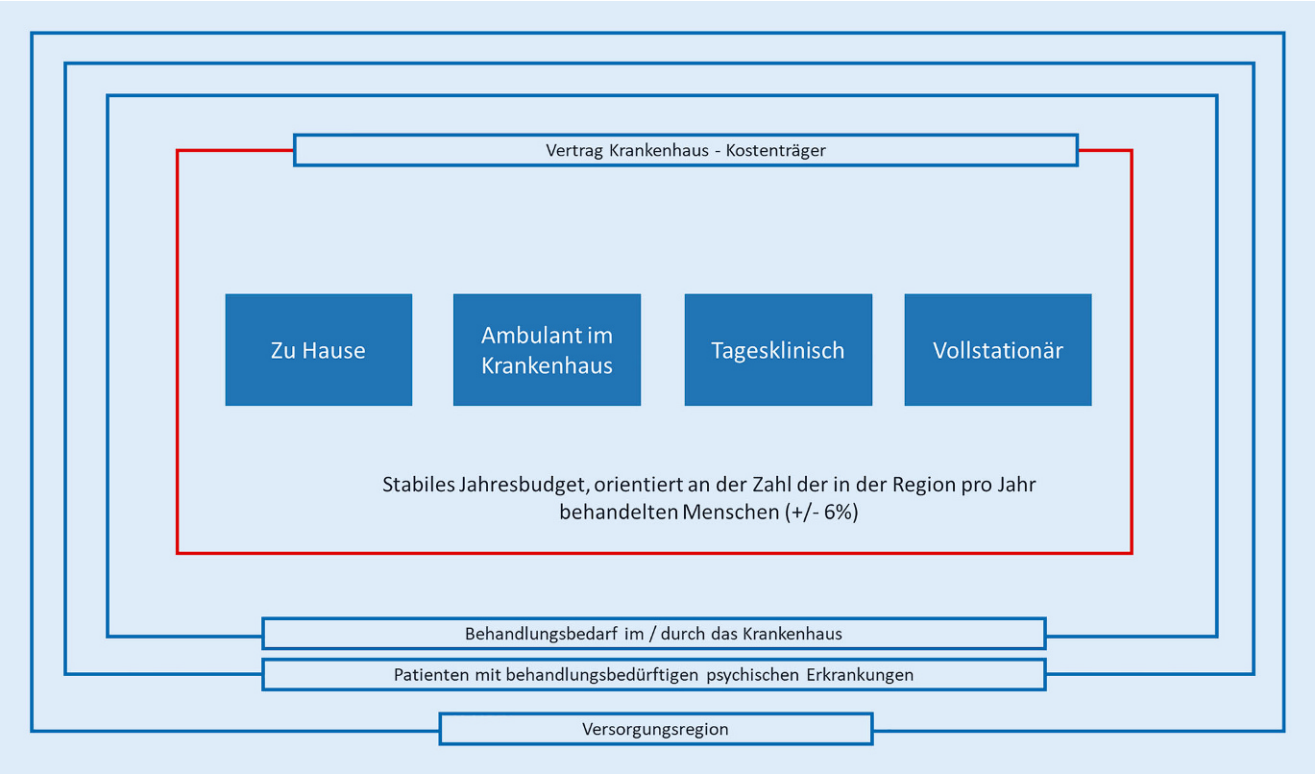

Abb. 4 ▲ Prinzip der Modellprojekte nach § 64b SGBG V am Beispiel des Modellprojekts im Kreis Steinburg

Leistungserbringer einer Region beteiligen. Die wesentlichen Aufgaben sind eine evtl. hochfrequente, langfristige und settingübergreifende Behandlung im gewohnten Umfeld, die Verhinderung von Rückfällen durch Krisenintervention, die poststationäre intensive Nachsorge und damit die Reduktion der Verweildauer im Krankenhaus und ein möglichst frühzeitiger Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung.

Gestufte Versorgung

In ganz besonderer Weise am regionalen Kooperationsrahmen ausgerichtet sind die Modelle der „gestuften Versorgung“ (Stepped Care) in der Psychiatrie und Psychotherapie [20, 21]. Modelle der gestuften Versorgung bieten das gesamte Spektrum der möglichen diagnostischen, therapeutischen und evtl. auch rehabilitativen Maßnahmen an und richten den Einsatz der Angebote dabei streng am aktuellen Bedarf der jeweiligen Patienten aus. Voraussetzung ist eine äußerst konsequente Kooperation der daran beteiligten Leistungserbringer sowie eine stringente Steuerung über alle Maßnahmen hinweg [18].

Fazit: Regionale Verantwortung

Es hat sich gezeigt, dass neue und an den regionalen Rahmenbedingungen orientierte Versorgungsstrukturen und neue Versorgungsangebote in der Psychiatrie und Psychotherapie geeignet sind, zu therapeutischen Angeboten beizutragen, die individueller und weniger an bestehenden Strukturen ausgerichtet sind als bisher und die sich damit flexibler an die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen anpassen lassen. Die konsequente Berücksichtigung des sozialen Kontextes und die Therapie im bestehenden sozialen Umfeld führen zu einer verbesserten sozialen Integration von Patienten. Voraussetzung für eine breitere Anwendung in der Routineversorgung sind die weitere konsequente Erprobung und wissenschaftliche Evaluation unterschiedlicher Ansätze in Regionen mit unterschiedlichem Versorgungsbedarf.

Bezogen auf die regionale Ebene erscheint ein integratives und kooperatives Finanzierungssystem sinnvoll, das die Verantwortung für die Behandlung und Betreuung der Einwohner dieser Region für das langfristige Erreichen von Gesundheit und Lebensqualität verbindet mit der Verantwortung für die in der Region verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen. Die Bemessung der zur Verfügung stehenden Ressourcen soll sich dabei nicht an Parametern der Behandlung, wie zum Beispiel Behandlungstagen, Fällen oder erbrachten Einzelleistungen, orientieren, sondern an der zu bewältigenden Aufgabe. Notwendig zum Erreichen eines langfristig stabilen Behandlungserfolgs ist die Vernetzung der in der Region tätigen Anbieter von Behandlungsleistungen auch innerhalb eines Finanzierungssystems. Ziel eines integrativen kooperativen regionalen Finanzierungssystems ist die möglichst effiziente Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Schaffung von Gesundheit in der Region sowie die möglichst weitgehende langfristige Stabilität der Gesundheitsausgaben.

Dem Prinzip der „regionalen Verantwortung“ kommt zukünftig eine noch wichtigere Rolle als bisher zu. Nur durch

dieses Prinzip kann eine Umsteuerung zu einer verstärkt ambulanten und die Teilhabe am Leben unterstützenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung erreicht werden. Regionale Verantwortung bedeutet auch, dass in der Region und dem Lebensumfeld der Patienten alle präventiven therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen bereitgestellt werden und verfügbar sein müssen, die dort für eine qualitätsorientierte Versorgung der gesamten Bevölkerung benötigt werden. Nur auf diese Weise kann es gelingen, den sozialen Kontext zu berücksichtigen und in gleicher Weise im Sinne einer gemeindenahen und sozialen Psychiatrie auch zu nutzen. Der hier skizzierte Paradigmenwechsel hat zur Folge, dass nicht *mehr* Behandlung *mehr* finanzielle Mittel in das System bringt, sondern dass durch verantwortlichen und regional abgestimmten Einsatz der vorhandenen Ressourcen verbesserte Möglichkeiten geschaffen werden, Gesundheit in der Region sicherzustellen [22].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Arno Deister
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinikum Itzehoe
Robert-Koch-Str. 2, 25524 Itzehoe, Deutschland
a.deister@kh-itzehoe.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Deister gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Jacobi F, Müllender S (2017) Psychische Störungen als individuelles und gesellschaftliches Gesundheitsproblem. In: Hauth I, Falkai P, Deister A (Hrsg) Psyche – Mensch – Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
2. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J et al (2016) Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. Nervenarzt 87:1211–1221
3. Falkai P, Schmitt A (2017) Warum werden Menschen psychisch krank? In: Hauth I, Falkai P, Deister A (Hrsg) Psyche – Mensch – Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
4. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G (2017) 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. Psychiatr Prax 44:377–392
5. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2018) S3-Leitlinie Psychosoziale Maßnahmen bei schweren psychischen Erkrankungen. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_10-2012.pdf. Zugegriffen: 5. Aug. 2018
6. Jacobi F, Bretschneider J, Müllender S (2015) Veränderungen und Variation der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland-Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In: Kliener K, Rennert D, Richter M (Hrsg) Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
7. Meyer-Lindenberg A (2017) Psychische Störungen: Herausforderung der Forschung. In: Hauth I, Falkai P, Deister A (Hrsg) Psyche – Mensch – Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
8. Klosterkötter J (2017) Psychische Erkrankungen verhindern. In: Hauth I, Falkai P, Deister A (Hrsg) Psyche – Mensch – Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
9. Kilian R, Becker T (2005) Ökonomische Rahmenbedingungen und soziale Integration von psychisch Kranken. Psychiatrie 2:12–21
10. Kuhn J, Saß AC (2017) Gesundheit: Die Region im Fokus. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 60:1317–1318
11. Deister A (2011) Vom Fall zum Menschen. Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget. Gesundheitswesen 73:85–88
12. Deister A, Wilms B (2014) Regionale Verantwortung übernehmen. Psychiatrie-Verlag, Köln
13. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_website.pdf. Zugegriffen: 5. Aug. 2018
14. König HH, Heider D, Rechlin T et al (2013) Wie wirkt das Regionale Psychiatriebudget (RPB) in einer Region mit initial niedriger Bettenmessziffer? Psychiatr Prax 40:430–438
15. König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T (2010) Das Regionale Psychiatrie-Budget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen. Psychiatr Prax 37:34–42
16. Roick C, Heinrich S, Heider D et al (2008) Das Regionale Psychiatrie-Budget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatr Prax 35:279–285
17. Deister A, Wilms B (2015) Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie – Chance für eine zukunftsfähige Versorgung. Psychiatr Prax 42:8–10
18. Wilms B, Becker T, Lambert M, Deister A (2012) Modelle für eine zukunftsfähige psychiatrische Versorgung. Psychiatrie 9:4–13
19. Hauth I (2018) Stationsäquivalente Behandlung als Chance für die Versorgung. Neurologe Psychiater 19:3–4
20. Schmidt SJ, Lange M, Schöttle D, Karow A, Schimmelmann BG, Lambert M (2018) Negative symptoms, anxiety, and depression as mechanisms of change of a 12-month trial of assertive community treatment as part of integrated care in patients with first- and multi-episode schizophrenia spectrum disorders (ACCESS I trial). Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 268:593–602
21. Bower P, Gilbody S (2005) Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Br J Psychiatry 186:11–17
22. Deister A, Heinze M, Kieser C, Munk I, Wilms B (2012) Regionale Verantwortung. Basis für ein zukunftsfähiges Entgeltsystem für die Psychiatrie, S 41–44